ORGANIZADORES:
CAROLINA MACHADO
WELLINGTON SANCHEZ ABDOU

DO INDIVÍDUO AO SOCIAL:

AMPLIANDO O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Ano 2024

ORGANIZADORES:
CAROLINA MACHADO
WELLINGTON SANCHEZ ABDOU

DO INDIVÍDUO AO SOCIAL:

AMPLIANDO O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Ano 2024

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Ellen Andressa Kubisty
Luiza Alves Batista
Nataly Evilin Gayde
Thamires Camili Gayde
Imagens da capa
Criado por Dall-E
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Do indivíduo ao social: ampliando o método clínico centrado na pessoa

Diagramação: Nataly Evilin Gayde
Correção: Jeniffer dos Santos
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Carolina Machado
Wellington Sanchez Abdou

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D631 Do indivíduo ao social: ampliando o método clínico centrado na pessoa / Organizadores Carolina Machado, Wellington Sanchez Abdou. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-2490-1
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.901240506

1. Atenção primária à saúde. I. Machado, Carolina (Organizadora). II. Abdou, Wellington Sanchez (Organizador). III. Título.

CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

DEDICATÓRIA

Para Marcão e Heloisa (in memoriam), nossos grandes exemplos na defesa do SUS e da integralidade.

"Do indivíduo ao social: ampliando o Método Clínico Centrado na Pessoa" é produto da iniciativa de médicos docentes, que exercendo a prática de facilitação do processo de ensino-aprendizagem de graduandos em medicina, buscaram ultrapassar as barreiras impostas por restrições sanitárias em tempos de pandemia, momento em que os aprendizes foram afastados do atendimento na Atenção Primária à Saúde.

A partir desta complexa realidade do fazer-saúde e do ensinar-fazer-saúde em tempos pandêmicos de COVID-19, docentes, residentes, preceptores e graduandos propuseram-se a refletir sobre relatos reais, vividos nas Unidades Básicas de Saúde, narrados por preceptores e residentes de programa de residência em Medicina de Família e Comunidade tendo como base teórica o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) em contraposição ao modelo biomédico.

A cada narrativa, vemos formas diversas de comunicação que revelam modelos de cuidado distintos, sendo que as diversas ferramentas de comunicação clínica são debatidas pelos autores a cada capítulo, enquanto a correspondência com os modelos de cuidado, os determinantes sociais em saúde, a determinação social do processo saúde-doença e a teoria psicossocial acontece especificamente no capítulo nove.

Essa experiência educacional transformada em livro nos leva a refletir sobre a construção do conhecimento médico e nas mudanças que ocorreram a partir das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina desde 2014.

Neste ponto, meu pensamento voa e minha memória traz a figura forte, a fala rouca, e o abraço doce do professor Marcão. Divago sobre o tanto de influência que esta escola médica, a Universidade do Vale de Itajaí, tem dele. O quanto os docentes, em especial aqueles envolvidos com a Atenção Primária à Saúde, devem estar imersos nos estudos teórico-práticos promovidos por suas ações educacionais. Ações estas, dirigidas para as transformações permanentemente necessárias para que o SUS se fortaleça sob o domínio popular.

Ainda tendo o Marcão na lembrança, penso sobre seu aporte teórico no meio acadêmico relacionado à construção do conhecimento e de sua luta no cotidiano para o alcance das transformações das escolas médicas. Vislumbro que as DCN-2014 têm muito desta luta e deste saber.

O desenvolvimento curricular apoiado pelas DCN-2014 deve ser o das necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade. Nos serviços do SUS, contudo, alguns cursos ainda continuam com suas estruturas ancoradas dos modelos norte-americanos, constituídos com base nas recomendações do Relatório Flexner de 1910, que é

considerado como responsável pela reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América gerando profundas implicações para formação médica e para medicina com amplitude mundial, incluindo o Brasil.

O modelo "flexneriano" tem sido hegemônico e reproduzido nos espaços de formação e de trabalhos tradicionais, fazendo com que propostas de currículo e cuidado integrados ainda estejam restritas a um pequeno número de escolas e serviços médicos. Os médicos, a partir deste tipo de formação, têm dificuldade em integrar aspectos sociais e emocionais, dedicando-se quase exclusivamente ao biológico, fragmentando o cuidado das pessoas em subáreas, conhecidas como especialidades focais.

Segundo o querido Marcão, "o movimento sanitário de 1970 inicia um enfrentamento ao complexo médico-industrial que é o responsável direto ou indireto pela formação do padrão de prática médica flexneriano: hospitalar, biologicisita, positivista e fragmentador" e em 1988, este movimento consegue assegurar na Constituição, uma conceituação abrangente para saúde em conformidade com a necessidade de uma nova forma de cuidado e uma nova formação médica.

O conceito mais amplo de saúde conquistado na Constituição não significa que o fazer-saúde tenha se modificado de imediato, contudo se direciona o fazer-saúde para um caminho de novas práticas e transformação no processo de ensino-aprendizagem.

Me vejo nesta espiral de transformações que vem acontecendo desde o nascimento do SUS. Aqui em Santa Catarina em 1992, era graduanda e fazia parte do Centro Acadêmico Livre de Medicina da UFSC e junto com outros movimentos sociais, organizamos a "Primeira Conferência Popular de Saúde" e foi emocionante participar com pessoas de todo o estado, havia uma força aguerrida para que todas as conquistas da Constituição fossem colocadas em prática. Marcão liderava este movimento popular e conseguimos à época o sancionamento da lei estadual para implantação do Conselho Estadual de Saúde, garantindo o controle social à nível estadual.

As transformações no setor da saúde no Brasil não cessam, fortemente embasadas em uma legislação bem estabelecida e justa. Tais transformações ocorrem ora avançando, ora retroagindo, mas não sem luta no sentido da integralidade e da garantia de direitos. Assim também, ocorre com relação ao ensino em saúde.

As DCN de 2014, alinham-se à Constituição e às leis do SUS e afirmam: "o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos

âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença".

"Do indivíduo ao social..." nasce 10 anos depois das novas DCN, na disciplina de Atenção Primária à Saúde, sendo que as diretrizes curriculares priorizam este nível de atenção como cenário ideal para a formação médica, sendo o locus preferencial para desenvolvimento de competência para o profissional da saúde qualificar-se tecnicamente para o processo assistencial, com comunicação eficiente, adequado relacionamento com a equipe, ter iniciativa gerencial, acompanhar planos de cuidado, e analisar o processo de trabalho em saúde.

O processo de construção do livro é colaborativo entre docente, preceptor, residente e graduandos, como na metodologia de instrução entre pares, a qual favorece o desenvolvimento de autorreflexão e autoconhecimento, sendo uma metodologia ativa que fomenta a aprendizagem colaborativa entre tutor e tutorado, fato que proporciona ganhos substanciais no aprofundamento de determinadas áreas e/ou conhecimentos.

O livro é fruto saboroso deste novo fazer saúde, seus autores já vivem a realidade do SUS construído até aqui, mantendo viva a luta por práticas em saúde integradas à vida, com olhar singular a cada pessoa que está incluída em determinado contexto histórico-sócio-cultural. O ensinar este novo fazer-saúde está na prática educacional aqui colocada em forma de livro, uma prática que é inovadora, criativa, implicada socialmente - herança de mestres, como o professor Marco Aurélio da Ros. Desfrutem!

Aparecida de Cássia Rabetti
Médica de Família e Comunidade
Coordenadora do Núcleo de Pós-graduação da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina e do Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária de Santa Catarina

APRESENTAÇÃO

Este livro foi realizado como produto da disciplina de Atenção Primária à Saúde do terceiro período do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) em tempos de pandemia, momento em que os alunos estavam impedidos de realizar atividades nos cenários de prática das Unidades Básicas de Saúde. A intencionalidade dessa atividade, além de apresentar e discutir o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), foi proporcionar uma aproximação com a clínica através do estudo de casos reais.

Estes relatos foram construídos pelos organizadores (na época preceptora e residente de Medicina de Família e Comunidade), baseado em histórias reais vivenciadas por ambos na unidade de saúde. As descrições dos casos foram construídas a partir do MCCP, que era o método utilizado nos atendimentos pelos autores. Os acadêmicos tinham como consigna fazer uma versão dos casos baseado no modelo tradicional (biomédico), identificar as diferenças entre os métodos, bem como elaborar uma reflexão guiada a partir de perguntas norteadoras.

Em relação à organização do livro propriamente dita, inicialmente será exposto um capítulo teórico sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa e, posteriormente apresentado sete capítulos com os casos clínicos discutidos pelos acadêmicos, à época matriculados no terceiro período do curso de Medicina da UNIVALI. Todos os casos passaram pela revisão e complementação de alunos do ciclo clínico que fazem parte da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFaCo) da mesma instituição, ou por residente ou egressa do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).

Antes dos capítulos que demonstram as variantes dos casos clínicos, é relatado um breve contexto sobre uma cidade fictícia, com suas particularidades socioeconômicas, culturais e de saúde, de modo a trazer ao leitor uma imersão para dentro da realidade dos profissionais que são personagens deste livro.

Os casos são apresentados inicialmente segundo o Método Clínico Tradicional (através da perspectiva do Dr. João Paulo), seguido pelo Método Clínico Centrado na Pessoa (através da perspectiva do Dr. Marco Aurélio), e após cada caso será feita uma breve discussão reflexiva acerca de cada abordagem.

Ao final, buscando transcender os limites do modelo biomédico, é apresentado um capítulo relacionando o MCCP com a determinação social do processo saúde doença, com intuito de tensionar para uma possível ampliação das ideias e conceitos atuais do método.

SUMÁRIO

DO NASCIMENTO DA CLÍNICA AO MÉTODO CLÍNICO

Para melhor compreensão do tema, bem como balizar alguns conceitos, iniciaremos resgatando a concepção de Clínica. O termo "clínico" provém do grego *klinikós* e tem como elemento de composição *klíno* - inclinar, ou *klíne* - leito. Por consequência, é possível entender que "Clínica" designa a prática da medicina à beira do leito. Foucault[1], em seu livro *O nascimento da Clínica*, a conceitua como:

> "um processo empírico no qual, através do olhar, busca-se descobrir a doença presente no doente. Este, por sua vez, não está implicado no espaço racional da doença; é apenas um fato exterior com relação àquilo de que sofre; o paradoxal papel da medicina consiste em neutralizá-lo para que a configuração ideal da doença tome forma concreta, livre, totalizada, aberta à ordem das essências" (p. 17).

Portanto, a partir desta concepção, quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas singularidades. Trata-se de um modelo ontológico no qual a doença é uma ocorrência localizada no corpo, que pode ser conceitualmente separada da pessoa doente.

Para Foucault[1], o olhar médico, através da Clínica, é capaz de atingir "a forma geral de qualquer constatação científica": observa-se o doente como se observa um astro ou uma experiência de laboratório. Neste contexto de empirismo, em que o essencial é observar as evidências (tudo que pode ser percebido e medido), a Clínica suplantou a postura filosófica e metafísica da Idade Média, coincidindo com o surgimento da Ciência Moderna.

Outro grande pensador que influenciou a ciência e medicina moderna foi René Descartes[2]. Em sua obra Tratado do Homem, publicada em 1634, escreveu que: "O corpo é uma máquina, composta de nervos, músculos, veias, sangue e pele, de forma que, mesmo que não houvesse uma alma dentro dele, não deixaria de ter as mesmas funções" (p. 404).

Desta forma, a ciência moderna, positivista, constitui o paradigma da Clínica, pois define seus problemas, métodos legítimos e modelos explicativos. Esta Clínica experimenta um processo de consolidação e fortalecimento, caracterizado pela tentativa de moldar a natureza para se adequar aos limites predefinidos e relativamente rígidos.

É importante reconhecer que esta abordagem clínica, fundamentada na observação empírica e na ciência moderna positiva, focalizando sintomas e sinais em busca de um nome - o da doença, mostrou-se eficaz diante de diversos desafios relacionados à saúde e à doença. Por exemplo, identificar um paciente com febre, tosse produtiva e estertores pulmonares como portador de pneumonia, proscrever-lhe antibióticos e observar sua recuperação, permitindo-lhe retomar suas atividades diárias, ilustra a potencialidade dessa abordagem[3].

Por outro lado, ela se revela extremamente frágil para dar conta de demandas que não se enquadrem em diagnósticos anatômicos, funcionais ou etiológicos. Mesmo quando o discurso médico ultrapassa os aspectos biológicos e avança em direção aos fatores

psíquicos e sociais do processo saúde-doença, estes, quase sempre, apenas orbitam ao redor da doença, obedecendo à lógica destacada por Foucault.

Ou seja, neste modelo de Clínica, o saber do sofrimento, alocado na subjetividade dos sintomas, é inserido num discurso redutor e objetivante.

Nesta lógica, o método clínico é chamado de "método clínico tradicional", "método clínico centrado na doença" ou "modelo biomédico", que ainda é hegemônico e ensinado na maioria das instituições de ensino médico.

Ballester e colaboradores[4] apontam que além de ser um método clínico centrado na doença, pode-se dizer que esse modelo é, em outros aspectos, centrado no médico, ao lhe conferir papel de grande autoridade e poder. O médico desempenha papel ativo na consulta como entrevistador, colhendo as informações que ele julga necessárias, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico e em seguida, chega a uma conclusão ou diagnóstico e expõe para o paciente sua proposta terapêutica, de forma unidirecional, sem considerar nenhum aspecto singular da vida do sujeito.

A partir do modelo de Clínica apresentado até o momento, a doença representa o objeto de atenção da medicina. No entanto, outros autores destacam a pertinência da inclusão do doente e de coletivos como objetos de interesse da Clínica.

Nesse sentido, desde a década de 60 do século passado, grupos de profissionais vêm estudando e discutindo amplamente a relação entre profissionais de saúde e pessoas em processo de adoecimento. Este movimento tem vertentes importantes no mundo, e destacamos o Reino Unido, o Canadá e o Brasil.

O MOVIMENTO EM DIREÇÃO À PESSOA

As críticas ao método clínico moderno por parte da própria medicina têm origem principalmente nos campos que mais enfrentam as ambiguidades da abstração e reconhecem a importância da história de vida da pessoa, sobretudo a clínica geral e a psiquiatria.

Michel Balint[5], médico psicanalista húngaro, em 1957 ao publicar *"The Doctor, His Patient and the Illness"*, foi um dos pioneiros, ao propor modificar o modelo biomédico a fim de incorporar mais empatia, responsabilidade, respeito e cuidado. Foi ele, que na década de 1970 criou o termo "medicina centrada no paciente", em oposição ao termo "medicina centrada na doença".

A partir dos estudos de Balint, várias universidades do Reino Unido propuseram, ao final da década de 1980, uma mudança na abordagem médica com uma conformação denominada "medicina centrada na pessoa", definida como:

> [...] um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde[6] (p. 285).

As pesquisas realizadas pelos médicos generalistas britânicos acerca da estrutura da consulta e das habilidades de comunicação influenciaram o estudo da consulta médica em outros países, principalmente da Europa Ocidental e da América do Norte, e consequentemente contribuíram para a elaboração do Método Clínico Centrado na Pessoa.

Joseph Levenstein[7], médico da África do Sul, foi um dos precursores do método no final da década de 1970 e início de 1980. Num típico dia de trabalho em seu consultório, onde atendia cerca de 30 pacientes com uma variedade de problemas, foi questionado por uma estudante de medicina sobre como ele sabia o que fazer com cada um deles, já que sua abordagem diferia do que ela havia observado no hospital e não apresentava padrões reconhecíveis. Percebendo a frustração da estudante com sua resposta inicial, o médico decidiu gravar os atendimentos em vídeo e analisá-los para compreender melhor seu método.

Após revisar aproximadamente 1.000 gravações, ele concluiu que sua abordagem combinava elementos tradicionais com perguntas sobre todos os aspectos que o paciente desejava abordar. Ele também identificou que as consultas em que conseguia perceber as queixas e expectativas dos pacientes eram mais eficazes, enquanto aquelas em que ele não percebia ou esquecia as "dicas" sobre as preocupações do paciente eram menos eficazes. Utilizando esse método, ele conseguia orientar os pacientes a expressarem suas queixas, medos e expectativas, além de compreender por que estavam buscando assistência médica naquele momento específico. Esses princípios foram a base do método denominado "centrado no paciente"[7].

Entre 1981 e 1982, Levenstein, durante visitas à Universidade de Western Ontario, juntamente com Moira Stewart e Ian McWhinney, estudaram, desenvolveram e testaram o método, que propunha o uso de uma ferramenta auxiliar para compreender os motivos que levam uma pessoa até a consulta e os sentimentos que envolvem o processo de adoecimento de forma única e singular.

Durante a década de 1980, esses pesquisadores desenvolveram o Grupo de Comunicação Médico-Paciente da Universidade de Western Ontario no Canadá, com base no entendimento multidimensional da pessoa e sistematizaram um método para orientar a atenção às pessoas que buscam por atendimento médico, estruturando assim o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

Moira Stewart, juntamente com seu colega e orientador Ian R. McWhinney e demais colaboradores da Universidade de Ontário, publicaram em 1995 a primeira edição do livro "Medicina Centrada na Paciente: transformando o método clínico", obra em que são apresentados os componentes método e que tem uma grande repercussão nos meios profissional e acadêmico. Perceba que na primeira versão do livro ainda se utiliza o termo paciente e não pessoa.

MOVIMENTOS CONTEMPORÂNEOS NO BRASIL

No Brasil temos diversos autores que buscam incluir a pessoa no processo de cuidado, mas destacamos Gastão Wagner Campos e Gustavo Tenório Cunha, que desde a década de 1990 vêm desenvolvendo o conceito de Clínica Ampliada.

Campos[8] tensiona o paradigma biomédico e propõe para a Clínica a necessidade de lidar com a polaridade entre a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos. Propõe imaginar um modelo de análise para a Clínica que reconheça a relação clínica como um encontro desses dois sujeitos coproduzidos (profissional e pessoa), em que cada um destes sujeitos é singular. A inclusão do sujeito como objeto da Clínica desafia o paradigma da ciência positiva que parte da regularidade das doenças e tem dificuldade de abordar a singularidade dos casos.

Para o autor, quando o sujeito procura o cuidado, é porque está sob algum tensionamento no seu equilíbrio singular, independente da presença ou da ausência de uma classificação diagnóstica. Ou seja, Campos propõe ampliar a Clínica, "partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso"[9] (p. 610).

Cunha[10], seguindo esta mesma linha, entende a Clínica como uma "interação complexa ou um encontro entre dois sujeitos singulares: um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um coletivo" (p.22). A Clínica, então, é sempre uma interação complexa entre sujeitos, um encontro entre dois sujeitos singulares. Nesse modelo de análise entende-se a Clínica com dimensões política e subjetiva muito fortes.

Neste modelo, a Clínica assume uma responsabilidade muito maior do que tratar "o doente e não a doença". Trata-se de reconhecer um compromisso com o sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Trata-se de uma Clínica que se abre para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento, e para isso ela deve utilizar os poderes que possui e desenvolver uma relação terapêutica a favor da autonomia.

A ampliação da Clínica se trata justamente de partir de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso.

Nesse sentido, Cunha propõe que se obtenha uma história clínica diferente, dando espaço para as ideias e as palavras do paciente[10].

Acreditamos que o conceito de Clínica Ampliada se alinha ao MCCP pois ambas colocam o paciente no centro do processo de cuidado, considerando suas necessidades, valores e contexto social. Ambas abordagens visam uma prática clínica mais humanizada, que leve em conta a integralidade do ser humano e promova uma relação de parceria entre profissional de saúde e paciente.

Essas abordagens convergem para uma prática clínica mais humanizada e empática, onde o paciente é visto como um sujeito integral, e não apenas como um conjunto de

sintomas ou doenças. Ao considerar o contexto social, cultural e individual do paciente, os profissionais de saúde podem oferecer cuidados mais eficazes e adequados às suas necessidades específicas.

A Clínica Ampliada e o Método Clínico Centrado na Pessoa representam uma mudança de paradigma na prática clínica, afastando-se de uma abordagem exclusivamente biomédica para uma visão mais ampla e integral da saúde. Essas abordagens enfatizam a importância da empatia, da escuta ativa e do respeito à autonomia do paciente, contribuindo para uma prática clínica mais humanizada e centrada no indivíduo.

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA E SEUS COMPONENTES

Como citado anteriormente, o método clínico baseado no modelo biomédico, que surgiu no início do século 19 e alcançou sua hegemonia durante o século 20, proporcionou, sim, muitos avanços para a ciência médica. Entretanto, este modelo historicamente conferiu grande poder ao médico e tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente.

Tendo uma prática clínica baseada nesse conceito, muitos profissionais começaram a observar que nem todas as pessoas adoeciam da mesma forma ou se enquadravam numa doença bem definida. Além disso, as variantes epidemiológicas tornaram-se também sociodemográficas, o que provocou questionamentos ao método clínico tradicional de se “fazer saúde”.

Neste movimento, vale destacar o trabalho realizado no Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western - Ontário no Canadá, que começou a estudar a relação entre a pessoa que procura cuidado e o médico.

Esses estudos que desenvolveram o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) tiveram início em 1968, com pesquisas que buscavam elucidar os verdadeiros motivos pelos quais as pessoas procuravam atendimento. O chefe de departamento à época era o Dr. Ian McWhinney, responsável por conduzir estudos que abriram espaço para investigações sobre os diversos aspectos que compunham as necessidades das pessoas, em seu cunho físico, social ou psicológico, considerando o contexto e os indivíduos que trazem o problema. Moira Stewart, aluna de doutorado do Dr. McWhinney, deu seguimento a esses estudos, tendo como foco o relacionamento entre a pessoa que recebia atendimento e o profissional. Em 1982, o grupo teve contribuições do Dr. Joseph Levenstein, da África do Sul, que compartilhou suas tentativas de desenvolver um modelo de prática clínica, impulsionando, assim, o departamento. Mais tarde, o Método Clínico Centrado na Pessoa cresceu, tornando-se foco de pesquisa do Grupo de Comunicação entre Pessoa e Médico, da Universidade de Western Ontário, o qual, desde então, conduz diversos estudos sobre o tema, evidenciando resultados que reforçam os benefícios da adoção do método.

A partir destes estudos e apontamentos, Moira Stewart, Ian McWhinney e demais colaboradores deram origem à metodologia denominada Medicina Centrada na Pessoa, que culminou com a publicação do livro organizado por Moira Stewart intitulado “Medicina

Centrada na Pessoa: transformando o método clínico". Inicialmente o material trazia 6 componentes, e na sua última edição, em 2017, foram condensados em 4 componentes, que serão apresentados detalhadamente ao longo do capítulo.

Apesar do nome se referir à medicina como eixo central deste processo de cuidado, hoje através das demais formas de cuidado na área da saúde, podemos sublimar a interpretação do modelo para todos os profissionais que trabalham na área.

Levando em conta as angústias dos pacientes e as evidências científicas em saúde, o MCCP sugere a existência de um encontro entre dois especialistas na hora de se abordar uma situação: o profissional de saúde (muitas vezes na figura do médico), como o especialista na saúde e também na doença, frente ao indivíduo que procura assistência, que é o especialista na sua própria vida e no seu processo subjetivo de adoecimento.

Com o MCCP, busca-se alcançar a compreensão do sujeito e da sua queixa, equilibrando duas "agendas": a da pessoa e a do médico.

Quando um paciente busca um médico, ele tem uma certa programação em mente, com seus objetivos, expectativas, sentimentos e medos. O médico, por sua vez, também tem sua agenda, que em geral pode ser expressa como o diagnóstico correto das queixas do paciente e adoção de procedimentos preventivos apropriados para a idade, sexo e fatores de risco.

Através do MCCP, o profissional busca identificar a agenda do paciente e conciliá-la com a sua própria. Essa abordagem agrega aspectos biológicos com conceitos subjetivos dos indivíduos, explorando a natureza e a experiência de viver, de modo a produzir análises detalhadas ou interpretações abrangentes para uma abordagem integral do cuidado.

Dessa forma, a essência do MCCP, no que se relaciona à agenda do paciente, é que o médico tenta entrar no mundo do indivíduo e ver a doença através da perspectiva do outro.

O Método Clínico Centrado na Pessoa é contrastado com o método centrado na doença. Neste modelo, o profissional busca sua própria agenda e faz pouco esforço para entender quem o procura. Segundo essa perspectiva, o médico determina as queixas do paciente e busca informações que permitam interpretar a doença em termos de seu próprio quadro explicativo. Isso envolve diagnosticar a comorbidade e prescrever um plano terapêutico adequado à análise investigativa. Um dos critérios de sucesso é um diagnóstico preciso em termos biomédicos, como por exemplo: infarto do agudo do miocárdio, hipertensão arterial, transtorno de ansiedade generalizada, cirrose hepática decorrente de alcoolismo, etc[11].

A utilização de palavras como "paciente, usuário ou cliente" denota passividade, na medida em que retiram as características as quais determinam a autonomia da pessoa reguladora do seu próprio estado. Tendo em vista que o MCCP busca justamente garantir a centralidade do indivíduo que busca atendimento durante o encontro clínico, na Atenção Primária à Saúde, prefere-se a utilização do termo "pessoa" ao se referir àquele que demanda consulta[12].

O modelo proposto por Moira Stewart e seus colaboradores, que é replicado até hoje, não visa extinguir as abordagens técnico-biológicas no tratamento e manejo das doenças, ele amplia essa perspectiva, objetivando trabalhar em parceria com a vida subjetiva das pessoas.

É relevante destacar que, embora os estudos conduzidos por Stewart e demais pesquisadores do seu grupo sejam realizados no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, seus apontamentos têm relevância para todas as especialidades médicas e para outras áreas da saúde. Vale ainda salientar que apesar de os componentes serem descritos de forma separada, na prática, estão estreitamente interligados, devendo o profissional alternar entre os componentes, de acordo com a especificidade de cada consulta.

Descreveremos a seguir cada um dos quatro componentes detalhadamente.

Componente 1: Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença

O primeiro componente do MCCP aborda a fragilidade da prática médica convencional em responder as necessidades e expectativas percebidas pelas pessoas, ao propor que os profissionais lancem um olhar mais amplo para além da doença, de forma a incluir a exploração da saúde e a experiência do adoecimento daquelas pessoas que atendem.

Nesse primeiro momento da obtenção de informações na consulta, o principal objetivo é compreender, sob a perspectiva do indivíduo, o que ele pensa e sente em relação à sua situação, ou o que o problema representa para sua vida.

A doença é uma construção teórica pela qual os profissionais tentam explicar os problemas das pessoas em termos de anormalidades de estruturas e/ou função dos órgãos e sistemas do corpo, e inclui tanto distúrbios físicos quanto mentais, podendo ser mensurada através do exame físico, exames laboratoriais e de imagem. Já a experiência da doença, é a experiência pessoal e subjetiva de estar doente: os sentimentos, pensamentos e funcionamento alterados de alguém que se sente doente, que podem estar relacionados ao medo, perda, solidão, traição, entre outros (figura 1).
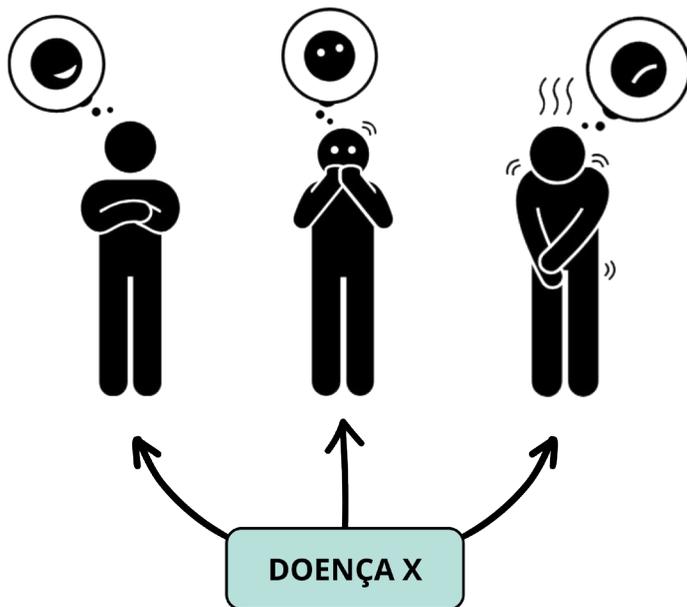
Figura 1: O processo de abstração - a experiência da doença

Como representado na figura 1, a mesma doença "x" pode ter um significado diferente para cada pessoa. Por exemplo, um deles pode sentir certo alívio com o diagnóstico, outro estar aflito e um terceiro sentindo-se com medo e culpa.

Um elemento muito importante na prática médica, e que guarda íntima relação com o primeiro componente do MCCP, é a incorporação na prática diária dos conceitos de *illness e disease*. Esses termos, que no inglês têm significados diferentes, no português, denomina-se de "doença".

> "Uma determinada doença (***"disease"***) é o que todos com essa patologia têm em comum, mas a experiência sobre a doença (***"illness"***) de cada pessoa é única".
>
> Willian Osler

A distinção se dá quando se atribui à doença apenas os sinais, sintomas e alterações em exames (*disease*) e deixa-se de fora o sofrimento das pessoas representado por queixas, problemas, disfunções. A experiência da doença (*illness*) inclui o significado que a pessoa confere à doença. Logo, podemos dizer que *o illness* é a dimensão subjetiva do processo de adoecer, enquanto *disease* é o termo usado para denominar a definição médica, científica,

da enfermidade. O que propõe o primeiro componente do MCCP é justamente incluir a experiência da doença (*illness*) na abordagem durante a consulta médica.

A experiência da doença decorre de uma complexa interação das crenças da pessoa com sua vivência corporal e sua interação com o ambiente, incluindo aí o contexto familiar, psicológico e social.

Ou seja, aquilo que faz cada pessoa diferente, faz toda diferença nos diagnósticos, no raciocínio clínico e nas condutas adotadas em cada interação com os pacientes proporcionada pela prática médica.

Já uma doença classificada nos termos médicos, é o que todos com aquela doença têm em comum. Entretanto, a experiência da doença de cada pessoa é única. A doença e a experiência nem sempre coexistem; e saúde e doença nem sempre são mutuamente excludentes. Por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas não diagnosticadas (como hipertensão arterial) se veem saudáveis e não se sentem convalescentes; já pessoas que estão sofrendo emocionalmente ou preocupadas podem se sentir enfermas, mas não ter nenhuma doença específica.

***"Disease"*:** construção teórica pela qual o médico tenta explicar os problemas dos pacientes em termos de anormalidades de estrutura e/ou função de órgãos e sistemas. Inclui tanto distúrbios físicos quanto mentais.

***"Illness"*:** experiência individual e subjetiva do "estar doente": sentimentos, ideias e comportamentos.

Doença (*"Disease"*)	**Experiência da Doença (*"Illness"*)**
Construção teórica Critérios Objetividade Busca pela precisão Investigação (exames)	Pessoal Única Subjetiva Narrativa Concreta

Figura 2: Quadro comparativo entre doença e experiência da doença

A título de ilustração, apresentamos na tabela a seguir exemplos de situações de *"illness" e "disease"*, que podem ocorrer simultaneamente ou não.

Doença ("*Disease*")		Adoecimento ("*Illness*")	
		Sim	**Não**
	Sim	Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Hipertensão Arterial Assintomática
	Não	Perda do Emprego	Higidez

Figura 3: Exemplo de doenças e adoecimentos encontrados no cotidiano dos profissionais

Podemos perceber que a pessoa pode não ter nenhum sofrimento ou adoecimento e o médico não diagnosticar nenhuma doença - pessoa hígida. O indivíduo pode ter uma doença diagnosticada e ter um sofrimento associado a essa doença, como por exemplo quando sofre um acidente vascular cerebral. Porém pode haver uma doença diagnosticada e não experimentar nenhum sofrimento, como no caso da hipertensão arterial assintomática. Ou ainda, pode ocorrer um sofrimento/adoecimento importante na sua vida, sentir-se mal em relação à sua saúde e não ter nenhuma doença diagnosticada, como no caso da perda do emprego, por exemplo.

Outro ponto importante é que mesmo quando a doença está presente, pode não justificar adequadamente o sofrimento daquela pessoa, pois a proporção do desconforto que sente não se refere apenas à extensão do dano físico, mas também ao significado pessoal dado à saúde e à experiência da doença.

Por exemplo, pergunte às pessoas numa sala de aula quantas delas têm saúde. A grande maioria vai afirmar que sim, mesmo alguns fazendo uso de óculos, tendo diagnóstico de asma controlada, obesidade, acne, entre outras situações.

Desta forma, é fundamental que os médicos compreendam a saúde como algo único para cada pessoa, e como a capacidade de realizar suas aspirações e propósitos de vida. Para uma determinada pessoa, a saúde pode significar ser capaz de correr uma maratona; já para outra, a saúde pode ser ter sua dor nas costas sob controle.

Um exemplo prático disso pode ser visto quando um indivíduo, até então hígido, realiza um eletrocardiograma de "rotina" e ele revela um distúrbio de ramo direito. Sabemos que na grande maioria dos casos isso é somente um achado ocasional, que não é grave e é até relativamente comum, não sendo sinal imediato de nenhuma doença cardíaca. Todavia, o fato de saber dessa pequena alteração elétrica muitas vezes gera um transtorno pessoal e familiar que desestabiliza o núcleo social do indivíduo.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), é irreal, e na maioria das vezes inadequado, buscar em todas as consultas um diagnóstico médico definitivo, ou seja, dar nome ao problema, para somente então iniciar o manejo. A busca incessante por uma raiz biológica e a definição dos quadros clínicos em termos estritamente biomédicos podem fazer com que muitos problemas sejam rotulados de maneira inadequada, como tristeza por depressão, agitação por hiperatividade, um paciente com muito medo por pânico, etc.

Para entender melhor a experiência da pessoa em relação à doença, o profissional de saúde deve estar atento a sinais e indicações dadas pelas pessoas durante a consulta. É interessante indagar que motivos levaram a pessoa a buscar atendimento naquele momento específico, sendo que muitas vezes, esses fatores poderão ser tanto esclarecedores do processo vivenciado quanto o próprio diagnóstico clínico.

Lang e colaboradores[13] apontam que as pistas e sinais emitidos pelas pessoas que buscam atendimento, na forma de enunciados ou comportamentos, são importantes porque refletem suas ideias subjacentes, preocupações e experiências. Podem surgir na forma de expressão verbal ou corporal de sentimentos, tentativas de entender ou explicar os sintomas, pistas na fala que salientam preocupações pessoais, histórias pessoais que revelam ligações da pessoa à condições médicas ou fatores de risco e comportamentos que sugerem preocupações não resolvidas e suas expectativas (por exemplo, resistência a aceitar recomendações, busca de segunda opinião, solicitação repetida de consultas a curto prazo).

Portanto, para compreender a experiência do estar doente, é fundamental, durante a consulta, o médico estar atento a “dicas e pistas”, que geralmente é manifestado através das razões pelas quais está buscando atendimento naquele momento[14].

A entrada no mundo do paciente é uma arte difícil, exigindo do profissional qualidades humanas de empatia, aceitação não julgadora, congruência e honestidade. Também requer habilidade na prática de certas técnicas, que podem ser desenvolvidas e ensinadas[7].

Uma consulta pode ter um bom início com perguntas abertas, como: “Em que posso te ajudar?”, “O que trouxe você aqui hoje?” ou “O que motivou esta consulta?”, proporcionando ao sujeito seu momento de fala.

Partindo de uma pergunta aberta e deixando a pessoa falar livremente por cerca de dois minutos, obtém-se a quase totalidade das informações necessárias para manejar o problema que a trouxe para consultar. Num segundo momento, pode-se complementar as informações com as perguntas objetivas que forem necessárias.

O primeiro minuto da consulta carrega um grande valor simbólico. O bom profissional de saúde é acolhedor e proporciona um ambiente de conforto e tranquilidade aos pacientes. Para isso, é fundamental demonstrar, nos primeiros minutos, que o paciente é o foco central do atendimento e que toda a atenção do profissional está voltada para ele[15].

A habilidade crucial é estar receptivo aos sinais oferecidos por quem procura atendimento. Por meio de uma escuta atenta, o médico é capaz de responder a esses indícios, ajudando assim a pessoa a expressar suas expectativas, sentimentos e medos. A

falha em captar os sinais de um paciente resulta no médico cortando-o e, assim, perdendo uma oportunidade de obter uma compreensão de sua doença[7].

Apesar dessa reconhecida importância, aproximadamente 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos, em média, depois de 15 a 20 segundos do início da consulta[16]. Quando o sujeito não é interrompido, geralmente fala livremente por cerca de 2 minutos e isso aumenta a probabilidade de expor os seus medos e preocupações. Já quando a interrupção acontece precocemente, há menos chance de ele contar ao profissional sobre os reais motivos da consulta. Posto isso, é possível depreender que quando se evita a interrupção da fala, provavelmente o profissional de saúde precisa fazer menos questionamentos no decorrer da consulta.

Técnicas para facilitar a narrativa do paciente

- Escuta ativa
- Ecoar as falas do paciente
- Parafrasear aquilo que é relatado
- Sumarizar
- Saber usar o silêncio a seu favor
- Utilizar perguntas abertas
- Perceber pistas verbais e não verbais

Adaptado de: JANTSCH e col. (2016)[17]

Stewart e col[18]. propõem quatro dimensões da experiência da doença que devem ser exploradas pelo médico durante a consulta:

1. **Sentimentos** da pessoa, especialmente os temores sobre seus problemas;

   Quais são os sentimentos da pessoa que experiencia a doença? Ela teme que seus sintomas possam indicar um problema mais sério? Sente-se aliviada, tratando a doença como oportunidade de alívio de suas responsabilidades e obrigações? Sente-se irritada? Culpada?

   "Existe alguma coisa específica sobre essa dor que o está preocupando?"

2. **Ideias** sobre o que está errado;

   Embora as vezes a ideia que uma pessoa faz de um sintoma seja bastante objetivo – "será que essa cólica é uma pedra no rim?", outros podem encarar problemas de saúde como punições, ou até como uma oportunidade, de forma muitas vezes inconsciente, de se tornar dependente e ser cuidado.

   "O que você acha que pode estar causando esses sintomas?"

   "Percebi que você já refletiu bastante sobre esse assunto. Quer me contar o que está acontecendo com você?"

   "Quais são suas ideias a respeito do que sente?"

   "Caracteriza seu problema como uma perda? Oportunidade? Punição?

3. **Funcionamento** - como a doença afeta sua funcionalidade.

   Haverá limitações nas atividades diárias? Será necessário ficar afastado do trabalho? Prejudicará a qualidade de vida? Atrapalha seu relacionamento com os familiares ou trabalho? Exige mudanças no estilo de vida?

   "Como este problema está lhe afetando pessoalmente?"

   "Como seu problema afeta o seu trabalho?"

   "Como está sendo você fazer as atividades em casa? Isso tem afetado sua família?"

4. **Expectativas** em relação ao seu médico.

   Quais são suas expectativas com relação ao profissional?

   "Na sua opinião, qual seria a melhor maneira de lidar com essa questão?"

   "Percebi que esse problema está te atrapalhando bastante. Qual seria a melhor forma de eu te ajudar?"

Didaticamente formamos o acrônimo **SIFE**.

Apresentamos a seguir alguns exemplos de perguntas facilitadoras que podem ser úteis nesse processo:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

- "Qual você acredita ser a causa de seu problema?"
- "O que você acredita que seja essa doença (sintoma)?"
- "Você tem alguma ideia ou teoria sobre por que tem sentido isso?"
- "O que ela representa pra você?"
- "Quais seus medos e expectativas em relação a isso?"
- Quais são suas preocupações?"
- "O que lhe preocupa mais a respeito disso?"
- "Você acha que algo ruim possa estar causando isso?"
- "Para você, há algo especialmente preocupante sobre isso?"
- "Como isso está afetando sua vida diária?"
- "Isso tem feito com que você deixe de participar de alguma atividade?"
- "Há alguma ligação entre o que você está sentindo e o jeito que está sua vida?"
- "Como você acha que eu poderia ajudá-lo?"
- "O que você acha que lhe ajudaria a lidar com isso?"
- "Há algum tratamento específico que gostaria de receber? Como posso lhe ajudar nesse sentido?"

Após a exploração da agenda do paciente, em algum momento, o médico precisará aplicar sua agenda, trazendo os problemas do paciente para o seu mundo, tentando chegar a um diagnóstico patológico ou aplicando estratégias preventivas apropriadas.

Nesse momento, é recomendado que se faça prevenção de demandas aditivas, através de perguntas com intuito de esgotar todas as demandas. Outras perguntas que podem ser utilizadas nesse momento são[14,15]:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

- "Algo mais?"
- "Mais algum motivo de consulta?
- "Deseja consultar por mais alguma coisa?
- "Precisamos ver alguma outra coisa que você ainda não tenha comentado?"
- "Quer falar mais sobre isso?"
- "Você tem mais alguma dúvida que eu possa ajudar?"
- "O que tem acontecido desde que esses sintomas começaram até agora?"

Além de facilitar a compreensão da pessoa sob cuidado, reduz a chance do "sinal da maçaneta", que ocorre ao fim da consulta: o paciente já está com a mão na maçaneta da porta para sair, quando então traz mais motivos de consulta[15].

Outra dica, antes de finalizar a consulta, é perguntarmos a nós mesmos, profissionais de saúde, aspectos relacionados aos nossos atendimentos:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas aos próprios profissionais)

- Houve comunicação não verbal durante o atendimento?
- Realizei uma boa escuta inicial?
- Ou introduzi conselhos e informações precocemente, antes de ouvir?

Componente 2: Entendendo a pessoa como um todo, inteira

O segundo componente do MCCP integra os conceitos de saúde, doença e experiência da doença com o entendimento da pessoa como um todo, incluindo entendimento quanto ao estágio em que a pessoa está no ciclo da vida e seu contexto de vida.

O conhecimento do indivíduo inteiramente deve incluir a família, o trabalho, as crenças, a cultura e as vivências nas várias etapas que compõem o ciclo vital individual. Muitas vezes, essas informações são obtidas antes mesmo de a pessoa adoecer, pelo contato em função dos demais familiares ou das atividades na comunidade. Um médico que entende a pessoa por inteiro pode reconhecer o protagonismo do contexto em melhorar, agravar ou mesmo causar doenças em seus membros. Sabe que doenças graves em um membro da família reverberam por todo o sistema hierárquico e que as crenças culturais e as atitudes também influenciam em seu cuidado[19].

Além disso, compreender integralmente o indivíduo pode ajudar o médico a aumentar sua interação em períodos específicos do ciclo de vida, ajudando a compreender sinais e sintomas pouco definidos ou reações aparentemente exageradas e fora de contexto. Para conhecer a pessoa desta maneira, é necessário compreender o desenvolvimento individual, saber o que é um desenvolvimento saudável e identificar que a formação da personalidade surge como resultado do modo como cada fase do da vida acontece.

O estágio das pessoas nos ciclos de existência, as tarefas e papéis que assumem influenciam no tipo de atendimento que buscarão, bem como no seu envolvimento com o processo de saúde-doença. O entendimento desses fatores ajudará o profissional de saúde a enxergar as demandas não apenas como fenômenos isolados. Por exemplo, um jovem adulto pode enfrentar um período de incerteza e ansiedade ao assumir a responsabilidade pela sua própria vida. Uma mãe que vê seu filho sair de casa pode vivenciar um sentimento de vazio, acompanhado de solidão, tristeza, desamparo e pessimismo. Um idoso que passa pela fase de aposentadoria pode estar sentindo inutilidade, solidão.

O profissional ou a equipe devem tentar captar como a pessoa singularmente se comporta diante de grandes forças como: doenças, desejos e interesses, assim como também trabalho, cultura, família e redes sociais. Ou seja, agregando potencialidades frente às intempéries. Estar doente é apenas uma dimensão dos papéis que a pessoa desempenha, portanto, é um recurso reduzido para entender a experiência do adoecimento[6].

Uma excelente fonte de informações é a abordagem familiar na busca de informações e auxílio no cuidado, pois cerca de um terço das pessoas vai acompanhada às consultas. Isso é especialmente importante nas situações que envolvem doenças mentais ou crônicas, além de sintomas medicamente inexplicáveis. O acompanhante, com frequência, acaba sendo visto como um dificultador, todavia, é papel do médico desenvolver e incorporar habilidades para utilizá-lo ou dispensá-lo se for mais conveniente[14]. Assim, para entender a pessoa como um todo, devem-se obter respostas para perguntas como:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

- “Com quem você reside? Quem faz parte da sua família?
- “Em que ponto do desenvolvimento individual a pessoa está?”
- “Em que ponto do ciclo vital familiar a família se encontra?”
- “Como a doença afeta as tarefas dos integrantes da família?”
- “Como a família experienciou doenças anteriormente?”
- “Como é seu relacionamento com seus vizinhos?”

A elaboração do genograma familiar como instrumento de conhecimento, de interpretação e de intervenção é fundamental. A partir das informações familiares, comunitárias ou profissionais, pode-se estabelecer os diferentes contextos em que a pessoa vive.

O contexto pode ser dividido em próximo**,** que envolve família, educação, previdência, emprego, lazer, questões financeiras e suporte social ou amplo**,** relacionado à comunidade, cultura, geografia, sistema econômico, sistema de saúde e meios de comunicação.

Moira Stewart e demais colaboradores elaboraram o modelo como descrito anteriormente, abrangendo contextos próximo e amplo. Entretanto, acreditamos que seja possível ainda estabelecer mais uma camada - que denominamos de macrocontexto, levando-se em consideração que o capital e o modelo hegemônico em que as sociedades se organizam influenciam significativamente o processo de adoecimento das pessoas, através de suas políticas econômicas e condições de trabalho.

No mesmo sentido, Laurell[20] aponta que processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção"

Procuramos ilustrar a incorporação do macrocontexto - determinação social, aos contextos próximo e amplo através da figura abaixo.
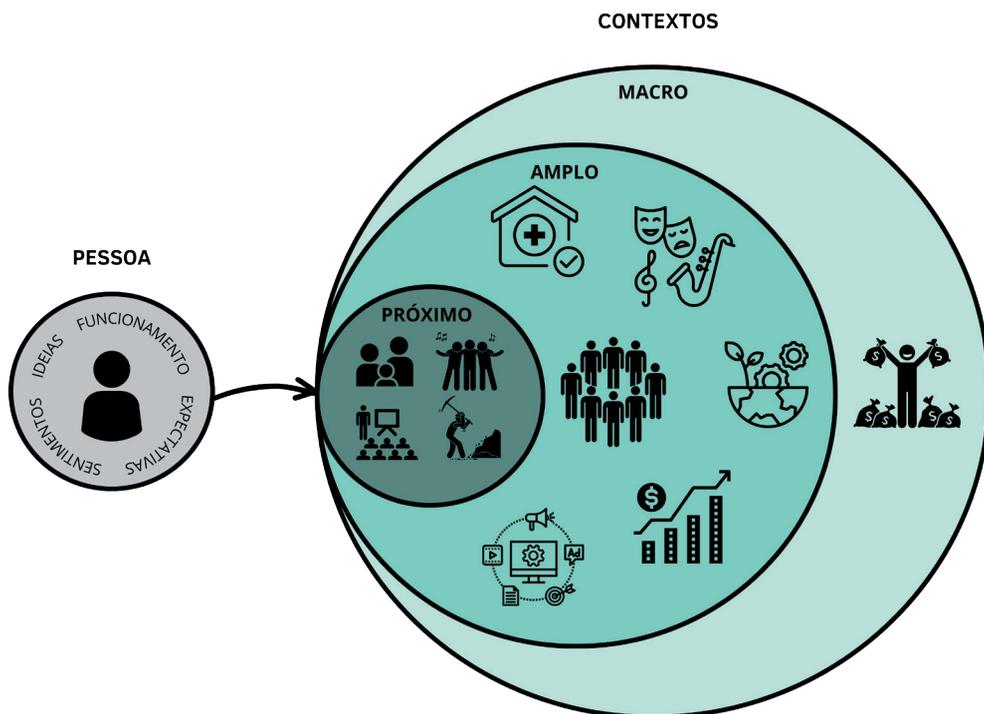
Figura 4: Contextos (adaptação dos autores)

Com o entendimento da pessoa como um todo, o médico tem a possibilidade de romper com a abordagem tradicional, fazendo com que a doença deixe de ser vista como uma entidade específica, conferindo uma visão ampla de todo contexto socioeconômico-cultural do processo vivenciado. Deste modo, é importante entender os múltiplos fatores conjugados ao adoecer e suas relações com a experiência da doença, fazendo o diagnóstico um conceito particular e instituindo uma abordagem terapêutica multifatorial e interdisciplinar.

Além disso, o entendimento integral melhora a interação dos especialistas antes relatados e pode ser particularmente útil em situações em que os sinais e sintomas não apontam uma doença claramente definida ou quando a resposta a uma experiência de doença parece exagerada, estranha, incomum ou fora de contexto.

Assim como o sentido de uma palavra depende do contexto da frase na qual está inserida, também o sentido de saúde e a experiência de doença variam de acordo com a condição no qual se insere a pessoa.

É importante para o profissional da saúde explorar essas dimensões, embora seja difícil e por vezes pouco produtivo fazê-lo num único atendimento. No tocante a esse ponto, uma das atribuições da APS é a da longitudinalidade, a qual favorece o conhecimento progressivo do contexto da pessoa.

Uma estratégia que se mostra eficiente para avaliar a relevância das questões do contexto sobre o processo saúde-doença é buscar uma relação temporal entre as mudanças do cenário e o surgimento ou alteração no padrão dos sintomas. Nesse sentido, a perda de emprego, por exemplo, pode ser um evento relevante na manifestação de uma cefaleia ou na descompensação da hipertensão arterial.

Como pode o profissional de saúde planejar um tratamento, sem conhecer a realidade da pessoa no trabalho, suas possibilidades em casa, seu contexto social? Nesse sentido, alguns questionamentos podem contribuir para a compreensão da pessoa como um todo.

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

- “Qual sua relação com o emprego?”
- “Quem faz parte da sua rede de apoio?”
- “Você frequenta alguma religião?”
- “Como é sua cultura e da sua família?
- “Como encontrar parceiros para melhorar a adesão ao tratamento?”
- “Frequenta algum grupo?”
- “Qual sua relação com a unidade de saúde?”

Componente 3 - Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

Ao se pensar em saúde e na aplicação de tecnologias visando o bem-estar das pessoas, é importante que todo plano de cuidados, projeto, programa ou modelo de atenção esteja incorporado a um sentido novo, que é dado pela presença do usuário como sujeito ativo. Diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, se aposta que fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual. É preciso reconhecer o paciente como protagonista que influencia e é parte do processo de cuidado[21].

Para ser centrado na pessoa, o profissional precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhando questões sobre a situação de saúde do indivíduo durante a consulta, bem como as relativas às condutas a serem tomadas[18].

A incorporação dos aspectos subjetivos relacionados à doença e o conhecimento do contexto são elementos fundamentais, mas somente fazem sentido se forem usados para se chegar a um consenso a respeito da análise do que está acontecendo, o que pode, ou não, incluir um diagnóstico formal e um acordo sobre a maneira como a condição deve ser manejada.

Um estudo canadense sobre o envolvimento de pacientes na tomada de decisão sobre seu tratamento revela que estes mostram desejo de informação, e poucos esperam que a tomada de decisão caiba exclusivamente ao médico[22]. Desta forma, é aconselhado aos médicos que exerçam dois papéis principais: amparar os pacientes na resolução de problemas (de modo a estruturar escolhas possíveis) e apoiar na tomada de decisões difíceis.

De acordo com estudos conduzidos por Stewart e col.[21], a adesão dos pacientes foi considerada melhor quando eles tiveram algum grau de envolvimento no cuidado de sua saúde, especialmente quando estavam envolvidos no processo de tomada de decisão. Isso se torna mais relevante quando se percebe que dois terços dos pacientes costumam não aderir aos conselhos de seus médicos.

O primeiro passo para elaborar um plano conjunto de manejo é se chegar a uma explicação que seja razoável tanto para o profissional como para a pessoa que busca atendimento. Se esta não ficar convencida com a explicação para a situação que lhe está trazendo desconforto, ela dificilmente ficará tranquila sem o uso de exames complementares que "comprovem" a teoria, assim como não terá uma boa adesão a medidas propostas.

Nesse processo a pessoa atendida e o profissional de saúde procuram alcançar um entendimento mútuo e estabelecer uma concordância em três postos-chave:

1. Definição do problema a ser manejado.
2. Estabelecimento das metas e prioridades do tratamento.
3. Identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico.

Vamos entender melhor:

1. Definição do problema a ser manejado:

Com frequência, os médicos e as pessoas doentes têm pontos de vista divergentes em diversas áreas, e a busca de uma solução não envolve apenas barganha e negociação, mas também um movimento para conciliar opiniões ou achar terreno comum, devendo o médico incorporar ideias, sentimentos, expectativas e ocupação da pessoa ao planejar o manejo da situação.

Definir o problema a ser manejado, por meio de um diagnóstico ou da tranquilização, é essencial, pois ter entendimento ou explicação sobre sintomas físicos ou emocionais preocupantes é uma necessidade humana fundamental.

É preponderante que o profissional utilize termos que as pessoas possam compreender, evitando termos técnicos e jargões clínicos, que poderiam inibir a pessoa de expressar ideias e preocupações ou até mesmo de fazer perguntas. Dar uma denominação (nome, rótulo, designação) para a situação que a pessoa está enfrentando é importante, pois a ajuda a entender a causa, fornece uma ideia do que esperar em termos de evolução do problema e permite dar informações sobre o prognóstico[14].

As pessoas costumam formular uma hipótese sobre o que têm antes de se apresentarem ao médico e constroem seu próprio modelo explicativo. Assim, cabe ao médico validá-lo ou não, para explicar o problema e o manejo recomendado de forma consistente com o ponto de vista da pessoa de modo que faça sentido nas palavras dela, que ela entenda e concorde com as recomendações.

2. Estabelecimento das metas e prioridades do tratamento:

Após a pessoa e o médico chegarem a um entendimento e concordância mútuos em relação aos problemas, o próximo passo é explorar as metas e as prioridades para o tratamento.

Dificuldades na relação podem surgir quando existem ideias diferentes sobre o problema, ou quando as suas prioridades são diferentes. Se a pessoa não concorda ou acredita no plano sugerido pelo profissional, o tratamento estará fadado ao fracasso, já que a decisão final sobre o seguimento ou não do tratamento proposto é sempre da pessoa.

É importante que o profissional explique de maneira clara as opções terapêuticas, envolvendo a pessoa na discussão das vantagens e desvantagens de diferentes escolhas.

Exemplo Prático

Rose, agora que já conversamos, você me contou sobre a sua tosse e eu te examinei, posso concluir que se trata de um quadro viral, que é uma infecção bem comum na sua idade e não costuma ter maior gravidade. É importante você se alimentar bem, ingerir bastante líquido e repousar um pouco. Vou te prescrever lavagem nasal com soro fisiológico e dipirona, caso tenha dor ou eventualmente febre. Para esse tipo de infecção não é necessário uso de antibióticos, pelo menos nesse momento. Eu gostaria que você retornasse no início da próxima semana para que eu possa te reavaliar e ver como você está. Tudo bem para você? O que acha dessas medidas que estou te propondo? Gostaria de mais alguma informação?

Quando falei que não era necessário uso de antibióticos percebi que você ficou um pouco preocupada. Você gostaria de me contar com mais detalhes o que te preocupa em relação a isso?

Compreendo sua preocupação... O que você acha de retornar em 2 dias para que possamos fazer uma reavaliação e confirmar se realmente não é necessário o uso de antibióticos? Se tiver alguma piora, você pode retornar amanhã. O que você acha?

Se as metas forem divergentes, encontrar um planejamento conjunto poderá se tornar um desafio. Muitas vezes, o que o profissional de saúde chama de “não adesão ao tratamento” pode ser uma forma da pessoa expressar sua discordância com a terapia ou metas estabelecidas.

Quando houver desacordo, o profissional deve evitar conflitos pelo poder, preferindo, ao invés, escutar as preocupações e opiniões da pessoa, e não simplesmente rotulá-la de “desobediente”. É importante ter cuidado e habilidade para facilitar o processo de manejo. Para isso, algumas questões podem ser abordadas:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

Buscar o momento adequado:
- "Você poderia me ajudar a entender o que nós poderíamos fazer juntos controlar sua doença?"
- "Há algo que possamos fazer para que esse plano seja mais fácil de seguir?

Encorajar a participação:
- "Estou interessado no seu ponto de vista, especialmente, porque você é o único que vai viver com nossas decisões sobre os tratamentos."

Clarear a concordância da pessoa:
- "Você vê alguma dificuldade em fazer isso?"
- "Você precisa de mais tempo para pensar sobre isso?"
- "Existe algo que você gostaria de falar ou perguntar sobre esse tratamento?"
- "Muitas pessoas têm dificuldade em lembrar-se de tomar medicações. Você costuma esquecer de tomar seus remédios?"
- "Você não está indo tão bem como eu esperava, gostaria de saber se há algum problema com a medicação que eu não consigo explicar?"

3. Identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico:

Problemas na definição de papéis entre médico e paciente podem ocorrem quando há divergências em expectativas, como a busca por um especialista que tome todas as decisões, enquanto o médico prefere uma relação colaborativa ou quando o paciente busca uma figura paternalista, mas o médico prioriza uma abordagem científica e holística.

Ao praticar um enfoque centrado na pessoa, o médico deve ser flexível com relação à ótica que a pessoa busca ou da qual ela necessita, observando os aspectos culturais, o tipo de problema e o perfil da pessoa. A participação na tomada de decisão irá variar, dependendo de suas capacidades cognitivas, emocionais e físicas, e o médico deve adaptar-se a cada situação.

É importante proporcionar espaço para a pessoa e fazer perguntas, como:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

- "O que você pensa sobre isso?".

Diante de respostas como: "Eu não sei. Você é o médico...", o médico pode responder: "Sim, e vou dar a você informações e minha opinião, mas suas ideias e seus desejos são importantes para fazermos nosso plano conjuntamente".

Quando médico e paciente conseguem chegar a um lugar-comum a respeito do que está acontecendo, passa-se à fase de negociação acerca do que precisa ser feito e quais são as atribuições, tanto do médico como do paciente.

Vale reforçar que as pessoas devem ter tempo e se sentirem à vontade para esclarecer suas dúvidas, e não se sentirem envergonhadas pela sua falta de conhecimento técnico acerca do seu estado de saúde. Colocações como as apresentadas no quadro a seguir são importantes para abrir espaço para a construção comum das metas e prioridades do tratamento.

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

- "Gostaria de saber seu ponto de vista, principalmente porque você terá que conviver com as nossas decisões sobre seu tratamento."
- "Você vê alguma dificuldade em seguir esta proposta?"
- "Há algo que possa ser feito para que este tratamento fique mais fácil de seguir?"
- "Você pode pensar mais a respeito disso."

Deve-se sempre incentivar a troca de informações e o desenvolvimento de capacidades que permitam ao sujeito uma maior autonomia no seu autocuidado, embora em alguns casos ele possa assumir uma postura menos ativa, aguardando que o profissional lhe diga o que fazer. É importante também lembrar que o grau de responsabilidade assumido com o seu cuidado também pode variar conforme o estado de saúde.

Ao elaborar um plano de manejo conjunto, médico e pessoa podem identificar prioridades (que nem sempre coincidem com as expectativas e necessidades clínicas da pessoa), definir metas e atribuir responsabilidades específicas a cada parte. Algumas ações dependem do paciente, outras do profissional, da família, da equipe, do sistema de saúde, outras podem ser intersetoriais, etc. Na conclusão de um plano de cuidados conjunto, a pessoa e o médico formam uma equipe com conhecimento mútuo da realidade e objetivos comuns.

O uso de uma tabela, como a demonstrada abaixo, pode auxiliar na construção de um plano conjunto de manejo dos problemas:

Tema	Para a pessoa	Para o profissional de saúde
Problemas		
Metas		
Papeis		

Figura 5: Tabela para definição de problemas, metas e papéis no plano de manejo conjunto. Adaptado de Gusso G, Lopes JM, Dias LC. (2019)[23]

Um exemplo de como isso pode ser utilizado de modo prático:

Tema	Para a pessoa	Para o profissional de saúde
Problemas	Diabete Disfunção erétil	Diabete melito descompensado
Metas	Controlar o diabete Melhorar a vida sexual	Manter HbA1c < 7% Evitar complicações da doença
Papeis	Promover mudança no estilo de vida Realizar exames conforme solicitação médica Utilizar as medicações prescritas	Orientar quanto ao quadro atual, riscos e a importância do processo de autocuidado. Indicar melhores tratamentos e investigações baseado nas melhores evidências. Acompanhar comorbidades, complicações e seu processo de compensação

Ao final da consulta é fundamental que o profissional repasse com a pessoa o entendimento e a concordância quanto ao que foi estabelecido.

Isto é bem diferente de prescrever um tratamento. Na prescrição, a relação é vertical: o médico emite "ordens" e o paciente deve obedecer. Se ele não seguir as instruções, tanto o médico pode ser visto como negligente quanto o paciente como resistente ao tratamento.

Em outro estudo conduzido por Moira Stewart[24], ainda na década de 1990, foi demonstrado que o compartilhamento das decisões foi associado positivamente aos resultados a longo prazo, sendo que em 76% dos casos avaliados houve melhora da saúde global do paciente.

Fica claro que as ações em saúde, pautadas no plano do cuidado, desenvolvem espaços de encontros entre o profissional e o sujeito sempre apoiados nos saberes estruturados, mas sem colocar aí um ponto final. Deve-se tornar mais simétrica possível a relação entre o usuário e o profissional, possibilitando ações terapêuticas mais compartilhadas, gerando também autonomia e responsabilização do usuário em relação ao seu modo de levar a vida. Ter o conceito de cuidado como balizador das práticas de saúde e colocando a pessoa como centro da atenção, implica na incorporação de outros saberes para além dos típicos da saúde.

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas aos próprios profissinais)

- Os objetivos e os papéis de cada um foram bem definidos?
- Usei perguntas como: "Você vê dificuldades em seguir essa proposta? "Há algo que possa ser feito para que este tratamento fique mais fácil de ser seguido?"
- Ou a intimidação e as "broncas" foram usadas como principal método deplanejamento?
- Montamos um resumo juntos das prioridades elencadas e definimos quem é o responsável por cada uma delas?

Componente 4 - Intensificando a relação entre a pessoa e o médico

Todo relacionamento entre pessoas é único, e pode ser visto como uma troca que ocorre entre esses indivíduos. Esse intercâmbio envolve atenção, sentimentos, confiança, poder e sensação de objetivo.

A matéria prima do trabalho em saúde é o encontro, o que implica na produção se executando entre profissional e usuário. No momento que estes encontram, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e a coparticipação entre esses protagonistas. Nesse sentido, é primordial acolher as singularidades e perceber que ambos – profissional e usuário – são sujeitos ativos do processo da produção de saúde.

O relacionamento tem em si dimensões terapêuticas e pode proporcionar a melhoria do senso de autoeficácia das pessoas (isto é, o equilíbrio de controle sobre si mesmo e sobre o seu mundo) ou mesmo a cura, desde que bem trabalhado.

No quarto componente, Stewart e col.[18] ressaltam a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado longitudinalmente em todos os encontros. Essa relação deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico.

O profissional, quando vê o mesmo indivíduo ao longo do tempo (com uma variedade de demandas), adquire um considerável conhecimento sobre ele e seu histórico, o que pode ser útil no manejo de problemas futuros. A cada visita, no contexto da continuidade do cuidado, ele se esforça para construir um relacionamento individual como base para um trabalho conjunto, de modo a explorar o potencial curativo da relação interpessoal.

A empatia se caracteriza por um estado emocional do profissional que permite detectar as emoções em seu interlocutor e como consequência consegue evidenciar que percebeu essa emoção, seja em nível verbal ou não verbal. A resposta empática permite

que a pessoa se sinta ouvida, compreendida, e não julgada/criticada, encorajando-a na partilha da informação.

Esta é uma parte desafiadora da entrevista, pois os profissionais historicamente são treinados para buscar informações focadas na doença e para usar, na maioria das vezes, perguntas fechadas. Contudo, ao fazer uso das habilidades comunicacionais, consegue-se apoiar o relato, facilitar a comunicação, ajudar na exploração da informação e, simultaneamente, demonstrar cuidado, empatia e partilha[14].

Num cenário que alguém busca um atendimento, o médico deve reconhecer como diferentes pessoas requerem diferentes abordagens, as quais variam de acordo com idade, gênero, problema, estado emocional, etc. Ele precisa agir de uma maneira personalizada para alcançar as diversas necessidades de quem busca ajuda, "caminhando com" a pessoa e colocando a si mesmo na relação terapêutica para mobilizar o empoderamento individual.

Para o sucesso da relação o médico deve ter em mente que é fundamental o compartilhamento de poder durante toda trajetória terapêutica, bem como reconhecer e saber lidar com situações de transferência e contratransferência. O cuidado centrado na pessoa exige que o profissional de saúde crie um ambiente facilitador, sendo empático, atento e reconhecendo o outro tal qual ele se apresenta, transformando qualquer interação ou relação interpessoal em um momento para promover saúde[19].

As pessoas, quando consultam, esperam que o profissional demonstre segurança e controle (não confundir com paternalismo e centrado no médico), atuando tecnicamente, o que transmite confiança no profissional.

Um dos recursos é utilizar a escuta ativa, como já citado anteriormente no componente 1 e, a partir daí, assumir com a escuta dirigida: ouvir, mas direcionando para o que desejamos e precisamos fazer. Para isso, podemos utilizar frases como:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas às pessoas)

- "Isso é importante; podemos voltar a esse assunto depois, mas agora preciso fazer algumas perguntas..."
- "Certo, entendo..., mas gostaria de esclarecer melhor esse aspecto..."
- "Vejo que você gosta de conversar, mas agora preciso que me ajude sobre..."
- "Vejo que você gosta de conversar... mas agora preciso que responda algumas perguntas. Vou lhe interromper às vezes para que eu possa entender o que está acontecendo com você, tudo bem?"
- "Olhe, preciso da sua ajuda... Por uma dificuldade minha não estou conseguindo manter a atenção. Você pode me ajudar, tentando ser um pouco mais objetivo?"

Por outro lado, consultas longas podem não ser produtivas, sobretudo se geram desconforto e ansiedade no profissional. Quando já existe vínculo, é possível avisar a pessoa sobre as dificuldades em atendê-la. Mesmo as consultas de pessoas com problemas emocionais devem ter um limite de tempo, uma vez que perdem a intensidade e podem ser ineficazes na sua função terapêutica. A ampliação do tempo de consulta deve estar condicionada à necessidade. Deve-se pensar no atributo longitudinalidade e no fato de que não é preciso fazer tudo naquele momento. Outro recurso, após criarmos vínculo, é dividir com as pessoas as nossas dificuldades. Todas essas ações têm o potencial de fortalecer o vínculo entre a pessoa e o médico.

Ainda no âmbito do 4º componente, é importante destacar os processos de transferência e contratransferência, que também influenciam as relações terapêuticas. Transferência refere-se a um processo em que a pessoa, de forma inconsciente, projeta nos indivíduos que fazem parte da sua vida pensamentos, comportamentos e reações emocionais, originados em outros relacionamentos significativos desde a sua infância. Esse processo pode incluir sentimentos de amor, ódio, ambivalência ou dependência. Entender as reações de transferência melhora a capacidade do profissional de prestar atendimento à pessoa e pode fornecer uma experiência de ajuste emocional[18].

Já a contratransferência é um movimento inconsciente que ocorre quando o profissional responde à pessoa de modo semelhante à situações vivenciadas em relacionamentos significativos do passado. O profissional deve ficar atento ao que desencadeia certas reações, como questões pessoais não resolvidas, estresse e conflitos de valores. Nesse momento, a autoconsciência tem especial importância, junto com a capacidade de auto-observação durante a consulta[18].

Vale lembrar que o desenvolvimento da autoconsciência e do autoconhecimento, ferramentas úteis no fortalecimento do relacionamento entre pessoa e profissional, são processos constantes. Dessa forma, devem ser desenvolvidos e cultivados ao longo da vida. Ao final da consulta, o médico pode fazer alguns questionamentos, tentando identificar potencialidade e fragilidades no fortalecimento da relação pessoa-médico:

Dicas para a prática
(perguntas direcionadas aos próprios profissionais)

- “Integrei as informações atuais com o que já conheço daquela pessoa?”
- “Ou evitei o vínculo tentando ser estritamente técnico?”
- “Presumi que já sabia o que ele tinha antes mesmo de terminar de ouvi-lo”.
- “Consegui evitar juízos de valor e julgamentos prematuros?” Ex: não falar que vai ficar tudo bem se você não tem certeza disso...
- Evitei posturas culpabilizadas como: “Por que não tomou os comprimidos?” “Por que faltou a consulta?”

Envolver pessoas em decisões sobre sua saúde é relevante para todos os profissionais da área em todos os cenários. Egbert e col.[25] mostraram, em um estudo cuidadosamente controlado, que apenas fornecendo explicação e informação, a quantidade de dor pós-operatória experimentada pelos pacientes diminuiu dramaticamente. Já um estudo conduzido por Poole e Huxley[26] constatou que ao fornecer apoio emocional às mães cujos filhos passaram por cirurgias, as recuperações física e psicológica das crianças foram aceleradas.

Centrar-se na pessoa é crucial para um atendimento de boa qualidade, mas alcançar um verdadeiro cuidado centrado na pessoa por meio dos serviços de saúde requer a transformação dos sistemas, bem como das atitudes, existindo algumas recomendações estratégicas aos médicos para a superação desse desafio:

- Envolver as pessoas ou famílias nas decisões;
- Manter as pessoas ou famílias informadas;
- Melhorar a comunicação com as pessoas e famílias;
- Dar às pessoas e às famílias aconselhamento e suporte;
- Obter consentimento informado para aqueles procedimentos ou processos de maior risco ou possibilidade de dano;
- Obter retorno das pessoas e famílias e ouvir suas opiniões sobre o cuidado prestado;
- Ser franco e leal quando efeitos colaterais ocorrerem; reconhecer os erros.

PARA CONCLUIR

A Medicina Centrada na Pessoa, método introduzido por Moira Stewart e seus colaboradores, propõe transformar o método clínico tradicional, mudando o foco dos cuidados em saúde, partindo apenas do tratamento das doenças para o tratamento dos indivíduos como seres integrais. Para isso, enfatiza a compreensão da doença e a experiência da doença, o entendimento da pessoa como um todo, a busca por um terreno comum nas decisões de tratamento e o fortalecimento da relação terapêutica

A perspectiva da pessoa sob cuidados enfatiza a importância de compreender as suas crenças, valores e preferências, a fim de fornecer propostas alinhadas com suas necessidades e expectativas. Ao envolvê-la no seu próprio tratamento, os profissionais podem incentivá-la a assumir um papel ativo na gestão da sua saúde e no autocuidado. Além disso, essa abordagem colaborativa pode levar a uma melhor adesão aos planos terapêuticos e resultados mais assertivos em saúde. Já o vínculo pode melhorar a comunicação e fomentar um sentimento de parceria entre a pessoa e o profissional de saúde.

Stewart e colaboradores[18] demonstraram que uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos quando comparada aos modelos tradicionais, já que aumenta a satisfação do usuário, melhora a adesão aos tratamentos, diminui solicitação de exames desnecessário e encaminhamentos, diminui preocupações, reduz sintomas e melhora a situação fisiológica, dando melhor percepção em relação à própria saúde.

Duncan e seus colaboradores[27] também apontam que existem diversos estudos a respeito dos desfechos do uso do MCCP e concluem que as consultas centradas na pessoa não exigem mais tempo; há melhora no controle de doença crônicas (como diabetes melito e hipertensão) bem como nos pacientes com sintomas inespecíficos; ocorre diminuição nas queixas por má prática, redução nos sintomas e doenças mentais, menor prescrição de medicações neurolépticas; são solicitados menos exames complementares; há maior satisfação do médico; promove-se uma conexão maior entre médicos e pacientes; há melhora na adesão aos tratamentos, maior provisão de serviços preventivos, menor número de encaminhamentos e melhora nos cuidados paliativos.

Verifica-se, portanto, que é inegável a potência do Método Clínico Centrado na Pessoa no sentido da ampliação do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2006. 231 p.

2. SILVA CAF. Descartes, entre o mundo e o homem. Princípios [Internet]. 3 de março de 2012;18(29):401-5.

3. Bedrikow R, de Sousa Campos GW. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Rev Assoc Medica Bras [Internet]. Nov 2011 [citado 30 abr 2024];57(6):610-3.

4. Ballester D, Zuccolotto SM, Gannam SD, Escobar AM. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev Bras Educ Medica. Dez 2010 [citado 29 abr 2024];34(4):598-606.

5. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.

6. Ferreira DC, Souza ID, Assis CR, Ribeiro MS. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. Rev Bras Educ Medica [Internet]. Jun 2014;38(2):283-8.

7. Levenstein J. The Patient-Centred Clinical Method. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. Fam Pract Oxf Univ Press. 1986;3(1).

8. Campos GW, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. Ago 2007 [citado 29 abr 2024];12(4):849-59.

9. Bedrikow R, de Sousa Campos GW. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Rev Assoc Medica Bras. Nov 2011;57(6):610-3.

10. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005. 212 p.

11. Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNASUS UNIFESP; 2010.

12. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Expect [Internet]. Jun 2004;7(2):181-2.

13. Lang F. Clues to Patients' Explanations and Concerns About Their Illnesses: A Call for Active Listening. Arch Fam Med [Internet]. 1 mar 2000;9(3):222-7.

14. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.

15. Dohms M, Gusso G. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2021.

16. Phillips KA, Ospina NS. Physicians Interrupting Patients. JAMA. 2017 Jul 4;318(1):93.

17. Jantsch AG, Lopes A, Norman A, Luzón L, Streit MB, França SP. Multiplica: método de ensino para programas de residência em medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2016.

18. Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.

19. Vilela S de C, Carvalho AMP, Pedrão LJ. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. Revista de Enfermagem UERJ. 2014 ; 22(1): 96-102.

20. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Rev Latino Am Salud [Internet]. 1982;2:7-25.

21. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston W. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. J Fam Pract. 2000;9(49):796.

22. Deber RB. What Role Do Patients Wish to Play in Treatment Decision Making? Arch Intern Med [Internet]. 8 jul 1996;156(13):1414.

23. Gusso G, Lopes JM, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2432 p.

24. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J. 1995;152(9):1423-33.

25. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients. New Engl J Med [Internet]. 16 abr 1964;270(16):825-7.

26. Poole R, Huxley P. Social prescribing: an inadequate response to the degradation of social care in mental health. BJPsych Bull [Internet]. 1 ago 2023:1-4.

27. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.

CONTEXTO

Nos confins da tranquila cidade de Primavera, onde os campos se estendem até onde a vista alcança e o ritmo da vida segue a cadência do sol, reside um guardião da saúde da comunidade. Esse guardião não é outro senão Marco Aurélio, um Médico de Família e Comunidade recém-saído da residência. Ele tinha um compromisso além de tratar doenças: ser um catalisador do bem-estar, um confidente e um guia nos momentos de aflição.

Era início de 2021 quando o jovem assumiu o concurso público como servidor municipal nesta cidade localizada no interior do estado de Santa Catarina, com aproximadamente 150 mil habitantes. O local era referência para as pequenas cidades que cresceram ao redor, uma vez que por questões políticas o sistema organizacional centralizou algumas ações no município com maior infraestrutura.

A rede de saúde do município de Primavera contava com 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 2, um CAPS infantojuvenil, um CAPS álcool e drogas, além de um centro de referência para doenças infecciosas e um Hospital Municipal.

Apesar de ser um território de médio porte, o ambiente era pacífico, com laços coloniais e predominância de uma estrutura agropecuária, rica em plantações de uvas e produção de laticínios. A população era formada na grande maioria por descendentes de italianos e alemães, porém muitas outras sociedades participaram do processo de construção da comunidade.

Em sua maioria, o local possuía pessoas jovens, todavia no bairro da Roseira a população contava com a maioria de idosos, uma vez que a região era mais pacífica e distante do centro. E foi nesse espaço, com casas simples e muita área verde, que o médico iniciou seu trabalho.

Para Marco, morar em um local diferente seria um desafio de vida, já que havia crescido e feito sua formação na cidade de Florianópolis, onde havia mais de três vezes o contingente populacional. Ele estava acostumado a correr pela praia ao final de tarde e frequentar bons restaurantes aos finais de semana, todavia os momentos de lazer dos habitantes de Primavera focavam-se em atividades manuais, beber chimarrão e encontros com amigos. Situações cotidianas simples, mas com um grande valor cultural para quem ali estava.

Esse bairro tinha cerca de 5 mil habitantes e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) antiga que havia sido recentemente revitalizada, onde pintaram as paredes de azul, colocaram portas brancas e ar-condicionado nos consultórios, além de novas cadeiras na recepção. Esse foi um fator que chamou muito a atenção da equipe que ali trabalhava, uma

vez que essa unidade por anos foi deixada de lado nas obras públicas. A UBS se chamava Jardim dos Trabalhadores.

Marco foi contratado para atuar 40 horas semanais na unidade, como médico da ESF, com turnos que se iniciavam às 07:00 da manhã e finalizavam às 16:00 horas, de modo que no período noturno havia a possibilidade de realizar plantões na UPA da cidade, a fim de garantir uma renda extra que ajudaria a ter maior liberdade financeira no futuro.

Na mesma UBS, trabalhava uma enfermeira bastante conhecida entre os profissionais da rede por já ter sido professora de alguns deles durante seus cursos técnicos de enfermagem. Ela se chamava Heloisa, tinha 50 anos, cabelos claros e olhos azuis, um semblante tranquilo e muita experiência prática. Uma mulher determinada e que sempre estava pronta para abraçar todas as demandas que surgiam durante o dia. Além dela, outros cinco agentes comunitários de saúde (ACS), duas técnicas de enfermagem e um dentista compunham a equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Apesar de algumas diferenças, Marco se aproximou da enfermeira e da ACS Elis, que também havia iniciado seu trabalho há poucos meses, pois havia algo que os aproximava - eles acreditavam no SUS e eram comprometidos em fazer o seu melhor. Esses três profissionais tinham muita determinação, sonhos e vontade de fazer a diferença naquele contexto. Nada, nem ninguém, impedia que puericulturas, pré-natais, acompanhamentos clínicos, visitas domiciliares e grupos de deixassem de ser realizados.

Além da equipe de ESF, a UBS Jardim dos Trabalhadores contava com um médico clínico, que atendia alguns pacientes fora da área de abrangência e também dava apoio nas consultas. Ele se chamava João Paulo, era bastante capacitado tecnicamente, embora tivesse uma visão mais tradicional da medicina e por vezes divergia das condutas da equipe. Além de João, a UBS tinha ainda uma vacinadora, uma pediatra e um psicólogo.

Dentro dos modestos corredores da unidade, Marco assume sua missão diária com zelo e dedicação. Cada pessoa que adentra sua sala representa mais do que um conjunto de sintomas, são histórias vivas e marcas da jornada humana. E é com essa perspectiva que ele emprega o Método Clínico Centrado na Pessoa - que ouviu falar na faculdade, mas aprendeu de fato na residência de MFC - em cada uma de suas abordagens.

Ao adotar esse modelo de atendimento, Marco estabelece uma relação de confiança e parceria com seus pacientes. Ele os incentiva a participar ativamente de seu próprio cuidado, educando-os sobre hábitos saudáveis, orientando escolhas informadas e buscando realizar a promoção da saúde.

Além dos muros da UBS, a equipe se torna um elemento vital na teia social do bairro Roseiral. Eles participam de eventos locais, conhecem os membros da comunidade pelo nome e entendem as peculiaridades culturais que moldam suas vidas. Essa integração é fundamental para promover uma abordagem de saúde verdadeiramente abrangente e inclusiva.

No entanto, nem todos os dias são ensolarados nesta jornada. Muitos são os desafios encontrados, desde a escassez de recursos até a complexidade de alguns casos clínicos. Mas é a resiliência e a paixão pela profissão que os impulsionam a superar esses obstáculos, sempre com a saúde de sua população em mente.

Assim, enquanto o sol se põe sobre os campos tranquilos da cidade do interior, a equipe encerra mais um dia de serviço com um sentimento de gratidão e realização, pois eles sabem que, apesar dos desafios, sua presença faz a diferença na vida daqueles que juraram proteger e cuidar. E é com esse propósito que eles seguem, dia após dia, na fronteira do cuidado.

CAPÍTULO 2

O ATENDIMENTO DE IRACI

Data de aceite: 02/05/2024

Anna Beatriz de Jezus
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Bruna Altvater Saturnino
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Bruna Kelsch Saádi
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Carolina Machado
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Gabriela Spengler Gomes
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Guilherme Ribeiro
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí
Membro da gestão da Liga Acadêmica de Medicina da Família e Comunidade da Universidade do Vale do Itajaí

Natália de Oliveira Barbosa dos Santos
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou
Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Dona Iraci, uma senhora viúva, de 62 anos, vai à consulta na UBS queixando-se de dores no "corpo todo".

— Bom dia, dona Iraci, tudo bem? - disse Dr. João Paulo, seu médico.

— Ah, doutor, bem não estou, ando com muita dor no corpo que está se arrastando há mais de 3 anos. Não aguento mais, cada dia que passa parece que vai piorando!

Eu também tenho me sentido muito triste. E essa tristeza que a gente sente vai impedindo de realizar minhas atividades que eu tanto gosto, como… **[1]**

O Dr. João Paulo interrompe Dona Iraci questionando:

— Sim eu entendo, mas sobre a dor no corpo da senhora, onde está localizada? Como ela evoluiu? Tem algo que alivia ou piora? **[2]**

— Assim doutor é uma dor no corpo todo que eu sempre tive, mas piorou nos últimos três anos.

Dona Iraci demonstra um pouco de dúvida em sua expressão facial então o médico repete:

— E tem algum fator de melhora ou piora da dor?

— Doutor, melhorava um pouco com remédio pra dor né, mas agora não tem nada que ajude nisso. E tudo o que eu faço piora essa dor! Não posso me movimentar muito que dói.

— Entendi, e comentou que piorou nos últimos anos, lembra de ter caído ou se machucado nessa época? **[3]**

— Não que eu lembre doutor.

— Alguém da família da senhora tem as mesmas dores?

— Sim doutor, minha tia tem reumatismo no sangue, tenho medo de acontecer a mesma coisa comigo.

— Então, Dona Iraci, recapitulando: temos uma dor no corpo todo, sem lesão ou trauma associado, que esteve presente durante muito tempo, mas piorou nos últimos três anos e a senhora tem também história familiar de artrite reumatoide, certo?

1 e 2 - Perceba que o médico interrompe a pessoa atendida com inúmeras perguntas, a fim de preencher informações pré-estabelecidas do decálogo da dor, invalidando um sentimento trazido e dificultando a resposta de Iraci.

3 - Veja que o médico direcionou a pergunta a traumas físicos, limitando a memória da pessoa atendida.

— Certo.

— Então vou pedir para a senhora me acompanhar à maca, por favor.

Ao exame físico, além de uma leve palidez mucocutânea, o médico identifica a presença de *tender points* positivos, em ombros, coxas, lombar, cervical e durante a palpação de membros. Ambos se sentam novamente e o médico diz:

— Pela história que a senhora me contou e levando em conta o exame que realizei, a senhora tem fibromialgia, que é uma doença não articular e não inflamatória, que se manifesta com dor generalizada, principalmente nos músculos. É muito comum em mulheres de idade mais avançada. Essa doença tem um caráter benigno, mas crônico, portanto, a senhora terá que cuidar para a vida toda **[4]**. Essa doença é acompanhada de problemas de sono, ansiedade e depressão… Você comentou sobre uma tristeza não é mesmo?

— É sim doutor, ando triste de um tempo para cá.

— Você percebeu uma mudança nos hábitos alimentares, no sono e no humor ultimamente?

Um pouco impactada sobre todas as informações recebidas e perguntas realizadas, Dona Iraci responde:

— Agora que o senhor falou, acredito que sim. **[5]**

— Entendo… como imaginei, a senhora está em um estado depressivo, mas nada para se preocupar é algo muito comum ultimamente. Irei pedir para fazer alongamentos pela manhã e à noite, de preferência com um profissional na academia, irei receitar dois antidepressivos, um com função analgésica para você tomar à noite e um com função de regulação do humor para tomar pela manhã, juntos irão acalmar a senhora também, tudo bem? **[6]**

— Tudo sim doutor, obrigada

O médico explica a receita e entrega as orientações que devem ser entregues ao educador físico da academia. Ambos se despedem e o médico transcreve as informações para o prontuário.

4 - Note que o médico se apropria de termos técnicos e impessoais para explicar para dona Iraci sua condição e não leva em consideração os seus sentimentos, ideias, funcionamento ou contexto para facilitar uma comunicação adequada e explorar outros aspectos além do biológico. Ademais, o médico coloca toda a responsabilidade do tratamento no indivíduo atendido e não em ambos, como seria com o MCCP.

5 - Observe como o médico induz a resposta para preencher os requisitos da doença. Não oportuniza espaço para falar dos sentimentos, entender as possíveis causas da depressão e como isso impacta a vida de dona Iraci.

6 - Atente-se que a pessoa agiu de forma passiva quanto ao tratamento, aceitando as imposições médicas. Ao não entender o seu contexto, o médico não sabe a condição dela de pagar uma academia, o interesse dela nisso, sua relação com os medicamentos prescritos, fatores que podem levar a uma menor adesão ao tratamento.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Dona Iraci, uma senhora viúva, 62 anos, vai à consulta na UBS queixando-se de dores no "corpo todo".

— Bom dia, dona Iraci, seja bem-vinda! Entre por favor.

O Dr. Marco Aurélio recepciona Dona Iraci na porta, já analisando informações sobre postura, marcha, tônus, fácies e estado nutricional. Após ambos se sentarem o médico destaca:

— Com o que posso te ajudar hoje Dona Iraci? **[1]** - disse Dr. Marco Aurélio

— Ah, doutor, eu estou com muita dor no corpo e isso já está se arrastando há mais de 3 anos. Não aguento mais, cada dia que passa parece que vai piorando.

Dr. Marco Aurélio, seu Médico de Família e Comunidade, acena com a cabeça, indicando que deseja ouvir mais sobre isso **[2]**.

— Eu também tenho me sentido muito triste. É dessas tristezas que a gente sente e vai impedindo de realizar as atividades que eu tanto gosto, como ir à Igreja, visitar as amigas e participar do grupo de caminhada ali na pracinha. Durante o dia fico muito cansada e no período da noite tenho problemas para dormir.

— Sim eu entendo....

— De uns tempos pra cá não consigo ser eu mesma.

— Conte-me mais sobre isso **[3]**.

— Eu sempre tive dores no corpo, sabe? Minha família toda tem problema de reumatismo no sangue. Me preocupo muito com isso, pois tenho uma tia que ficou com as mãos e os braços deformados pela doença **[4]**.

— Como você relaciona essa doença familiar com seus sintomas?

— Ah doutor, relaciono com a idade e minhas dores, a gente vai ficando velha e percebe algumas coisas, sabe?

O médico acena com a cabeça, tentando entender um pouco mais sobre as preocupações de Dona Iraci acerca da artrite reumatoide familiar **[2]**.

1 - Note que nesse trecho o médico inicia com uma pergunta aberta abrindo oportunidade para no "golden minute" a pessoa se expressar, apresentar suas queixas e sua experiência vivida acerca disso.

2 - Perceba a importância da linguagem não verbal. O médico ao acenar com a cabeça, inclinar-se e por meio de suas expressões mostra interesse na pessoa que está sendo atendida, deixando-a mais confortável para se expressar e facilitando a abordagem integral do indivíduo.

3 - Esse tipo de frase estimula que a pessoa fale livremente sobre seus sentimentos, ideias, funções e expectativas.

4 - Dona Iraci expõe sua experiência com a doença, uma vez que acompanhou outras pessoas da família ficarem com deformidades por conta da patologia, e ele tem receio de ter a mesma doença.

— Minha tia sempre reclamou de muita dor… ela foi “encarangando” e atrofiando as mãos e pés… Esse é o meu medo! Se isso acontecer, eu que sou sozinha, como vou dar conta das coisas da casa? **[5]**

5 - Veja que a pessoa relaciona seus sintomas com uma doença familiar e expõe seu medo e experiência para com esta doença. Nesse momento, o médico explora o componente 1 do MCCP.

— Claro Dona Iraci, entendo que está preocupada com as suas dores pois acredita que pode ser a mesma doença de sua tia, certo? **[6]**

6 - Observamos o (SI)FE do Componente 1 - Sentimento e Ideia do indivíduo acerca da doença.

— Sim doutor.

— Sendo assim, eu gostaria de entender mais sobre essa dor. Consegue relacionar com algo próximo ao início dela?

— Agora refletindo e conversando com o senhor, estou pensando aqui que as dores ficaram mais marcantes após a morte do meu falecido marido, Jair.

— Me fala mais sobre isso, quero entender melhor essa situação **[7]**.

7 - Novamente o médico utiliza uma frase (técnica de comunicação), que permite que dona Iraci se expresse livremente

— Então doutor…sempre tive uma vida muito sofrida, trabalhei desde pequena na roça. Ainda quando menina, já sentia dores depois do trabalho. Me casei e continuei dando conta da casa, dos filhos… isso judia muito do corpo, e com a idade tudo piora! Tenho sentido dor mesmo, todos os dias, há uns 6 ou 7 anos, mas como lhe disse, piorou há uns 3 anos, época em que o meu marido Jair faleceu por câncer. Não têm lugar do corpo que eu não sinta dor Dr. Marco Aurélio e isso afeta muito a minha rotina **[8]**.

— E como a senhora espera que eu possa lhe ajudar hoje Dona Iraci?

8 e 9 - Ainda explorando o componente 1, o médico identifica o Funcionamento da doença para a pessoa (8) e as Expectativas dela no médico (9), compreendendo, assim, completamente o SIFE.

— Ah doutor, eu só quero que o senhor ajude a aliviar esta dor **[9]**.

— Juntos iremos manejar essa queixa. Tirando a tristeza, os problemas de sono e as dores no corpo, posso ajudar em algo mais nesse momento? **[10]**

10 - Note que o médico alinha o que foi dito anteriormente e questiona se há algo mais que deva ser analisado antes de fazer o exame físico, assim, otimiza tempo e abre espaço para que Iraci exponha alguma outra eventual queixa, e assim evite demandas aditivas.

— Não doutor, que eu me lembre é isso que mais me incomoda mesmo…

Por fim, antes de realizar o exame físico, o médico questiona sobre os demais aparelhos e sistemas e acerca do contexto pessoal, familiar, próximo e amplo. Identifica que é viúva há três anos, possui apenas uma filha, esta que mora em outro estado e que detêm pouco contato. Possui uma vida financeira estável, aposentada com dois salários mínimos sem auxílio-doença, seu lazer gira em torno da convivência com sua rede de apoio, isto é, amigas, indivíduos da igreja e grupo de caminhada **[11]**.

11 - Desse modo, o médico buscou explorar o segundo componente do MCCP.

— Então vou pedir para a senhora me acompanhar até a maca para eu dar uma olhadinha em você.

Ao exame físico, além de uma leve palidez mucocutânea é identificada a presença de *tender points* positivos, em ombros, coxas, lombar, cervical e durante a palpação de membros.
Ambos sentam-se novamente e o médico questiona:

— Dona Iraci, a senhora já ouviu falar sobre fibromialgia?

— A Marta da rua de baixo comentou que a mãe dela tem isso, mas não sei ao certo o que é não - responde Iraci com uma expressão de dúvida.

— Fibromialgia é uma doença não articular, portanto diferente da que sua tia possui. Se manifesta com dor no corpo todo, principalmente nos músculos. É um problema de saúde muito comum Dona Iraci, principalmente em mulheres da sua idade. Essa doença tem um caráter benigno e crônico, isto é, cuidaremos a vida toda. As pessoas que têm fibromialgia apresentam uma sensibilidade maior à dor, é como se tivesse um botão de volume desregulado e qualquer coisa que “ataque os nervos” faz essa dor piorar **[12]**.

12 - Veja que o médico utiliza uma linguagem acessível e recursos linguísticos para facilitar a compreensão sobre a doença.

— Conseguiu entender ou prefere que eu explique de outra forma?

— Entendi sim doutor.

— É muito comum que a fibromialgia apareça depois de eventos graves na vida de uma pessoa, como um trauma físico ou psicológico, como foi com você após a morte de seu marido.

Dona Iraci suspira…

— Fico contente que entendeu, estou aqui para esclarecer qualquer dúvida. Nenhuma pergunta é boba, ok?

— Não sabe o quanto eu fico aliviada em ouvir isso. Só de saber o que eu tenho já tira um monte de preocupações da cabeça. E doutor, como que trata essa tal de fibromialgia?

— Então Dona Iraci, temos alguns pontos importantes no tratamento, iremos estabelecer algumas metas para mim e algumas para você, em duas semanas, conforme sua disponibilidade, você retorna e juntos analisamos o que funcionou e o que iremos adaptar, pode ser? **[13]**

— Pode ser sim.

— Primeiro eu gostaria de parabenizar a senhora por estar participando do grupo de caminhada, ele vai ser de extrema importância no tratamento da fibromialgia, eu gostaria apenas de adicionar uns 15 minutos de alongamento antes e depois do exercício, acha que conseguiria? **[14]**

— Acredito que sim doutor.

— Que bom! Além disso teremos que monitorar o estresse, pois esse tem uma relação muito próxima com a fibromialgia, para isso pensei em prescrever Sertralina de 50 mg no período da manhã e Amitriptilina 25 mg no período da noite. Irão ajudar a senhora com o sono e com as dores. Você conhece essas medicações? Estaria disposta a tomar?

— Conheço sim Dr. uma das minhas amigas faz uso da Amitriptilina também.

— Perfeito! então acredito que com os exercícios, alongamento, regulação do sono e monitoramento do estresse poderemos ter uma melhora no tratamento. Em caso de dores intensas, compressas quentes e massagem no local podem aliviar a dor também. O que achou do tratamento, acha que será possível realizar essas medidas? **[15]**

— Acho que sim Dr., só de pensar que essas dores podem aliviar já fico contente.

— A senhora ficou com alguma dúvida?

— Não, seria isso mesmo, muito obrigada.

O médico entrega a receita dos medicamentos com algumas orientações do que foi combinado e ambos se despedem. Posteriormente transcreve todas as informações para o prontuário.

13 - Nessa etapa da consulta percebemos o terceiro pilar do MCCP, onde médico e a pessoa elaboram juntos um plano de manejo dos problemas apresentados durante a consulta.

14 e 15 - Perceba que o tratamento foi uma construção da pessoa atendida e do médico de forma conjunta, levando em consideração os contextos e alinhando-nos com as orientações médicas, questionando sempre se o tratamento agrada e se ele se encaixa na rotina do indivíduo. Por fim, é realizado um fechamento com todas as orientações, abrindo novamente para questionamentos ou explicações para o caso de dúvida. Deste modo o médico contempla o último componente do MCCP, já iniciado no começo da consulta e construído ao longo dela, que se baseia na intensificação da relação pessoa-profissional.

AS POTENCIALIDADES DO MCCP FRENTE AO MODELO TRADICIONAL

Ao entender melhor os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), torna-se evidente que diferentes abordagens podem levar a resultados distintos em um mesmo caso clínico, envolvendo uma mesma pessoa atendida.

O Método Clínico tradicional, ou centrado no profissional, tem suas raízes fincadas no final do século XIX, conforme descrito por Francis G. Crookshank[1], um epidemiologista britânico. Este período foi marcado pelo distanciamento entre a medicina e a filosofia, resultando na transformação da medicina em uma ciência fundamentada em fatos observáveis. De acordo com Stewart e col.[2], a ampla adoção desse método e seu sucesso monumental fizeram dele a principal abordagem médica na sociedade ocidental por um longo período. No entanto, ao longo do tempo, sua eficácia diminui à medida que suas abstrações se afastam cada vez mais da experiência vivida.

No primeiro caso, o enfoque está na busca por sinais, sintomas e evidências clínicas que sustentem um diagnóstico hipotético, que pode ou não ser o motivo real da consulta. O médico, seguindo uma abordagem biologicista, tenta catalogar a dor referida através de perguntas embasadas no decálogo da dor. Por outro lado, no segundo caso, o médico que adota o MCCP permite que a pessoa se sinta à vontade para expressar suas verdadeiras preocupações no "golden minute", seja relacionado a uma patologia ou a um incômodo, demonstrando interesse através de afirmações verbais ou ações não verbais.

A escuta ativa e a observação atenta estreitam a relação médico-pessoa, facilitando a manifestação de temas sensíveis durante o atendimento. De acordo com Moira Stewart e col.[2], "ser centrado na pessoa significa ser aberto aos sentimentos dela. Significa envolver-se de uma forma que se tornou difícil por causa do antigo método." (p. 31). Isso fica evidente na diferença de abordagem entre os dois casos, em que o primeiro médico na tentativa de afunilar diagnósticos prováveis, induz perguntas já nos primeiros minutos, relacionadas à causa das dores e atrelando-as à contusão ou trauma. Em contrapartida, temos outro profissional que objetiva o oposto, deseja ampliar sua visão para compreender o máximo da pessoa observada. Essa última atitude permitiu que Dona Iraci pudesse expor seu medo, esse embasado na ideia do que acha que a doença é. Ademais, possibilitou que fosse compreendido um fator familiar e psicológico, o falecimento do marido Jair, como um fato associado à intensificação da dor, não referido na consulta biomédica.

Nesse prisma, entendemos que com o MCCP temos uma troca de especialistas, o médico especialista no processo de saúde e o indivíduo especialista na experiência da doença, uma vez que o processo de adoecer é único. Portanto, segundo Stewart e col.[2] o médico interpreta a experiência do adoecer no aspecto fisiopatológico: o nome da doença, as causas, os sintomas, as apresentações e o tratamento recomendado, por outro lado a pessoa a interpreta em termos de experiência: como é ter essa doença, suas crenças sobre a natureza da doença e suas expectativas quanto ao tratamento. Em uma troca de

informações, faz-se possível compreender que não é possível que nenhuma das partes realizasse uma decisão de forma unilateral. Todas as decisões e observações acerca não somente da doença, mas da experiência desta para com essa pessoa única, deve levar em consideração as visões de ambos os especialistas. Assim, é possível ir além do biológico e permite cuidar não apenas da doença diagnosticada, mas sim de uma pessoa com expectativas, medos e singularidades.

Dando continuidade à consulta, observamos que o médico Marco Aurélio, no segundo caso, objetiva o entendimento da pessoa no maior espectro possível, e dessa forma, procura entender o que saúde a e doença significam para o indivíduo e, para isso, contemplar no atendimento seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes.

Nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, tornando a escuta qualificada o caminho para entender quais estratégias se fazem necessárias para atingir os objetivos da clínica. Kasuya e Sakai[3] sugerem que o médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto que a idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de cada um de seus pacientes e que contribuem para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças[4].

Através do caso descrito, conduzido pelo MCCP, observa-se que as dores de Iraci estão intrinsecamente relacionadas a um contexto próximo, em virtude da relação com o fato de seus familiares possuírem artrite reumatoide, o que lhe causa medo. Além disso, identifica-se um significativo sofrimento decorrente da incapacidade de realizar suas atividades diárias, devido à tristeza que a acomete. No entanto, destaca-se a capacidade do médico em discernir o momento em que as dores iniciaram e a influência que o contexto possui em suas queixas, viabilizado pela escuta qualificada durante o atendimento, revelando então que as dores de Iraci se intensificaram após o falecimento do marido.

Este caso ilustra a importância da abordagem holística na compreensão das manifestações clínicas e na identificação dos fatores desencadeantes, ressaltando a necessidade de uma atenção sensível e uma compreensão o mais abrangente possível acerca do indivíduo e da complexibilidade atrelada à ele, fator o qual não foi observado no médico do primeiro caso, que utiliza da abordagem tradicional (biomédica), uma vez que nem ao menos ouviu durante a consulta acerca do falecimento do marido de Iraci.

Ugarte e col.[5] referem que a autonomia do indivíduo está intrinsecamente relacionada à sua compreensão, portanto, o fato de Iraci receber o diagnóstico garante a possibilidade do exercício do direito de autonomia durante seu próprio processo de adoecimento e recuperação. Maeyama e col.[6], ressaltam que o tratamento eficaz não depende apenas de orientações médicas, mas também da capacidade do indivíduo de retomar sua vida, perdida com a evolução dos problemas de saúde. Assim, no caso de Dona Iraci, a satisfação em compreender a causa de suas dores e enfrentar o medo da doença familiar demonstra

como a abordagem centrada na pessoa pode impactar positivamente a experiência do indivíduo.

Destacar a pessoa como protagonista de sua própria saúde é dever do médico, que deve o fazer através de sua prática e conduta frente ao caso. Uma vez que o indivíduo atendido se enxerga como agente ativo no seu processo doença-saúde e sente autonomia frente às situações envolvidas, ele tem espaço para contar sua história, suas queixas e determinar como se sente nesse contexto e como gostaria de agir a partir de determinado ponto.

Nesse prisma, observe que durante o exame físico ambos os médicos percebem os *tender points*, isto é, pontos de intensa sensibilidade nos tecidos moles. Esse sinal, associado à história clínica, levou ambos à hipótese de fibromialgia. Porém, o médico que se baseia no MCCP utiliza dessa oportunidade para entender um pouco mais sobre o contexto em que a pessoa vive, sua questão financeira, preferências, hábitos de vida, redes de apoio, dentre outros aspectos importantes que possam facilitar na construção do cuidado com a pessoa.

As relações em geral envolvem poder, cuidado, sentimentos, confiança e objetivos. O objetivo neste tipo de relação, médico-pessoa, deve ser obviamente compartilhado por ambos e não pode ser outro que o de conseguir o maior grau de saúde para a pessoa atendida. Uma boa relação terapêutica deve fundamentar-se em atributos tais como a empatia, congruência, respeito, atitude positiva, cuidado e interesse pelo outro, confiança mútua e a facilidade de aceitar as diferenças quando se compartilha um objetivo[7]. Dessa maneira, no quarto componente, Stewart e col.[2] ressaltam a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal[4].

Nesse contexto, torna-se evidente, por meio do segundo exemplo, a importância vital da presença, da escuta atenta, da sensibilidade e do interesse como elementos fundamentais na construção de um vínculo de qualidade. Este, por sua vez, contribui significativamente para um tratamento mais eficaz ao indivíduo sob cuidado, uma vez que todas as decisões são tomadas em conjunto. Assim, ao fomentar uma relação baseada na empatia e no respeito mútuo, possibilita-se a aplicação contínua do cuidado, estabelecendo-se um sólido elo de confiança entre médico e indivíduo. Contudo, é crucial estar ciente da transferência e contratransferência durante esse processo, pois tais fatores podem influenciar substancialmente a conexão estabelecida[2]. Em contraste, quando comparado ao cenário do método clínico centrado exclusivamente no profissional, observa-se uma relação superficial, focada unicamente na patologia, o que não favorece a longitudinalidade e a criação de um ambiente acolhedor, de vínculo e confiança.

Em resumo, podemos concluir que o Método Clínico Centrado na Pessoa permitiu ao médico não apenas observar sinais, sintomas e evidências clínicas acerca da condição de dona Iraci, mas também permitiu que fosse compreendido a pessoa por trás da doença,

reconhecendo a experiência, as emoções e os desejos inter relacionado a ela. Porém, Stewart e col[2]. alertam que por mais que haja recomendações de uma abordagem ideal e padrão, os componentes e as etapas são apenas um alicerce guia, uma vez que a abordagem deve ser individualizada para cada cenário, cada indivíduo e cada consulta. Desse modo, a abordagem holística é essencial para uma prática médica que promova saúde e bem-estar de forma integral, individualizada e personalizada não somente para cada indivíduo, mas para cada consulta.

REFERÊNCIAS

1. Crookshank FG. The theory of diagnosis. British Medical Journal [Internet]. 20 nov 1926 [citado 25 abr 2024];2(3437):955.

2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWillian CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. 508 p.

3. Kasuya RT, Sakai DH. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? Hawai'i Journal of Medicine & Public Health : A Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health [Internet]. 1 fev 2023;72(2):63.

4. Barbosa MS. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde [manuscrito]: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina [Dissertação de mestrado na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. 75 p.

5. Ugarte ON, Acioly MA. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it .... Rev Col Bras Cir [Internet]. 2014 Sep; 41(5):374–7.

6. Maeyama MA, de Souza GG, de Carvalho TNN, de Oliveira LAEL, Munaro CA, Kuhnen Élcio R. Organização da atenção à saúde da pessoa idosa - relato de experiência a partir da técnica do arco de Maguerez. Arq. Ciênc. Saúde Unipar [Internet]. 20º de março de 2024; 28(1):1-23.

7. Ruben R, Oliveira ACD, Savassi LCM, Souza LC de, Dias RB. Abordagem centrada nas pessoas. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de novembro de 2009; 4(16):245-59.

CAPÍTULO 3

UMA TROCA COM TÁBATA

Data de aceite: 02/05/2024

Ana Carolina Gomes Silva
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Anderson Blasczak
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Ariéle Popelnitski
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Beatriz Moreira Mateus da Silva
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Carolina Machado
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Gabrielly Moraes de Figueiredo
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Izadora Motta
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí
Membro da Gestão da Liga de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Vale do Itajaí

Pablo Sebastian Velho
Médico Infectologista
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Coordenador do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou
Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Já era final da tarde quando a enfermeira Heloisa entrou no consultório médico segurando um prontuário nas mãos:

— Desculpe incomodar, doutor João Paulo. Sei que já está quase na hora do senhor ir embora, mas acabou de chegar uma paciente para acolhimento, nova na área, e eu não estou sabendo manejar bem a situação. Será que o senhor consegue me ajudar?

— Mas é alguma coisa muito grave?

— Não, é que na verdade é uma situação nova pra mim e eu estou me sentindo um pouco confusa na abordagem. É uma pessoa transexual e está com queixa de dor em região anal.

— Claro. Vamos ver o motivo dessa dor.

O médico pediu para a paciente dirigir-se à sua sala que ele a atenderia. Seu nome era Tábata, tinha 29 anos e um semblante assustado.

— Tábata, a partir de agora é o Dr. João que vai te atender.

Heloisa fechou a porta e o médico sentou-se em frente à jovem para conversar.

— O que houve? - perguntou o médico **[1]**.

— Então, doutor, fazem três dias que venho sentindo uma dor muito forte no ânus, principalmente quando vou ao banheiro. Às vezes chega até a sangrar.

— Mas não é a primeira vez que isso acontece, ou é? **[2]**

— Dessa maneira como está agora é sim. Outras vezes senti dor, mas era bem mais fraca.

— E isso começou do nada?

— Do nada. Quase que de uma hora para outra.

— E você chegou a tomar algum medicamento?

— Eu não. Na verdade, eu não tive coragem de contar isso para ninguém, quanto mais ir na farmácia para pegar alguma coisa.

— Mas você se sente desconfortável em relação a isso?

1 - O médico chega na sala, não se apresenta à paciente, e lança de forma ríspida a pergunta sobre o que houve. Como é um primeiro contato com a pessoa nova na área, seria importante um primeiro contato mais acolhedor, já que ambos não se conhecem.

2 - O médico fez uma pergunta fechada, que não deixa espaço para Tábata responder de uma forma mais completa, limitando-a apenas a dizer "sim" ou "não". Além disso, a pergunta tem um tom de pré-conceito, pois o médico fala como se já soubesse que isso ocorreu outras vezes, mesmo sem a conhecer.

— Ah, doutor! Pra gente é muito complicado ter algum problema íntimo. As pessoas já nos olham torto na rua…

Sem jeito, envergonhada e insegura, Tábata não se sente à vontade… o que acaba dificultando o atendimento **[3]**.

— Entendi. Vamos te examinar então. Pode deitar na maca, virar de lado para a parede e tirar a parte de baixo. Pode ficar bem tranquila.

Tábata levantou da cadeira onde estava sentada, dirigiu-se à maca e deitou. O médico calçou luvas e dirigiu-se à paciente:

— Vou dar uma olhadinha rápida para ver se encontro alguma lesão que possa justificar sua dor. Se doer, me avise!

— Tudo bem, doutor.

João Paulo avaliou a região e observou a presença de uma fissura anal. Ele cobriu novamente a jovem e pediu para ela sentar-se novamente na cadeira para conversarem.

— Isso que você está sentindo é uma fissura anal.

— Mas o que é uma fissura anal, doutor?

— É como se a borda do ânus tivesse tido uma pequena laceração. Como é seu hábito de ir ao banheiro? Você vai todos os dias?

— Praticamente sim, nunca tive problema com isso durante a minha vida.

— É que uma das principais causas disso é a constipação intestinal. Às vezes as pessoas acabam ficando alguns dias sem evacuar e quando vão ao banheiro, de tão ressecadas que estão, as fezes machucam o local.

— Ah sim, entendi. Agradeço a consulta Doutor.

João prescreveu uma pomada para aliviar os sintomas, orientou a paciente quanto aos seus hábitos alimentares e de vida e entregou um pedido de retorno após 15 dias **[4]**. Tábata ao receber o papel perguntou:

— O senhor vai precisar me reavaliar?

— Não necessariamente vamos precisar. É só para caso você ainda sinta alguma dor, nesse caso mudaremos o tratamento.

A paciente aceitou, cumprimentou a equipe e saiu da sala em direção ao balcão de agendamento. O médico então se dirigiu a enfermeira:

— Nada que uma pomada não resolva **[5]**.

3 - No método tradicional, a consulta se parece com um questionário, o que torna o ambiente pouco acolhedor para a paciente expor seus sentimentos.

4 - Embora uma das principais causas de fissura anal seja a constipação intestinal, Tábata relatou que não tinha problemas relacionados a isso. Provavelmente, há outra causa que provocou a fissura, mas nesse método não houve uma investigação adicional. Desse modo, a pessoa não foi tratada de forma integral, apenas recebeu um remédio para aliviar seus sintomas.

5 - Dizer que uma pomada resolve "tudo", faz com que os pacientes sejam tratados todos da mesma forma, por mais que apresentem causas e contextos diferentes. Esse tipo de comportamento torna o cuidado cada vez mais impessoal, fragmentado e pouco resolutivo.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Já era final da tarde quando a enfermeira Heloisa entrou no consultório médico segurando um prontuário nas mãos:

— Doutor Marco Aurélio, acabou de chegar uma paciente para acolhimento, nova na área, e eu não estou sabendo manejar bem a situação. Será que você consegue me ajudar?

— Mas é alguma coisa muito grave?

— Não, é que na verdade é uma situação nova pra mim e eu estou me sentindo um pouco confusa na abordagem. Ela é uma mulher transexual e está com queixa de dor em região anal.

— Claro, querida. Vamos juntos conversar com ela e tentar entender um pouco mais a sua história.

Os dois se dirigiram à sala ao lado para conversarem com a jovem. Seu nome era Tábata, tinha 29 anos, longos cabelos escuros, olhos azuis e um semblante assustado.

— Tábata, esse é o doutor Marco Aurélio, nosso médico da ESF, e ele vai participar da consulta junto conosco, você concorda? **[1]**

— Claro, sem problemas.

Heloisa fechou a porta e os dois sentaram-se em frente à jovem para conversar.

— O que está acontecendo contigo, Tábata? Como posso te ajudar? - perguntou o médico **[2]**.

— Então, doutor, fazem três dias que venho sentindo uma dor muito forte no ânus, principalmente quando vou ao banheiro. Às vezes chega até a sangrar.

— E é a primeira vez que isso acontece? Conte-me mais sobre isso **[3]**.

— Dessa maneira como está agora é sim. Outras vezes senti dor, mas era bem mais fraca.

O médico acena com a cabeça, indicando que continue a falar **[3]**.

— Ah, e isso tudo começou do nada, quase de uma hora para outra – completou Tábata.

— E você chegou a tomar algum medicamento? – perguntou Marco.

1 - Aqui há um compartilhamento do cuidado. A enfermeira e o médico se colocam à disposição da paciente e, também, levam em consideração sua opinião, questionando se há concordância em relação à consulta com mais um profissional na sala.

2 - "Como posso te ajudar?" é um ótimo exemplo de como iniciar uma consulta. O uso de perguntas abertas faz com que a pessoa tenha mais espaço para falar detalhes sobre o que está acontecendo com ela, principalmente, se o profissional respeitar os primeiros minutos sem a interromper.

3 - É importante que o profissional de saúde mostre que está interessado no que a paciente tem para contar. Usar estratégias como "conte-me mais sobre isso", acenar com a cabeça, faz com que a pessoa se sinta acolhida, e estimulada a continuar falando.

— Eu não. Na verdade eu não tive coragem de contar isso para ninguém, quanto mais ir na farmácia para pegar alguma coisa.

— Mas como você se sente com relação à isso? **[4]**

4 - No MCCP é importante entender a relação da pessoa com a doença: como ela se sente em relação a isso; quais suas ideias sobre a doença; como isso afeta sua vida; e quais as expectativas em relação aos profissionais e à consulta.

— Ah, doutor! Pra gente é muito complicado ter algum problema íntimo. As pessoas já nos olham torto na rua por não nos enquadrarmos no padrão que a sociedade espera. Se a gente tiver alguma queixa desse tipo, nossa situação vai ser motivo de risadas e como uma amiga minha ouviu uma vez, é perigoso alguém ainda falar “bem-feito, é bom para aprender a ser homem”.

— Mas fique tranquila. O que estamos conversando fica somente entre nós três. Pode ter certeza que queremos o seu bem aqui. Tudo bem se a gente te examinar? **[5]**

5 - Ao perceber as angústias de Tábata, o médico tenta tranquilizá-la e reforça o sigilo profissional-paciente. Tornar o ambiente seguro ajuda a intensificar a relação, já que demonstra como o cuidado é levado a sério nesse contexto.

Tábata levantou da cadeira onde estava sentada, dirigiu-se à maca e deitou. A enfermeira a cobriu com um lençol e pediu que baixasse sua roupa para que o exame físico pudesse ser realizado. O médico calçou luvas e dirigiu-se à paciente:

— Vou dar uma olhadinha rápida para ver se encontro alguma lesão que possa justificar sua dor. Se você sentir algum desconforto ou precisar parar a avaliação é só nos avisar.

— Tudo bem, doutor.

Marco Aurélio avaliou a região e observou junto com a enfermeira a presença de uma fissura anal. Ele cobriu novamente a jovem e pediu para ela sentar-se novamente na cadeira para conversarem.

— Isso que você está sentindo é uma fissura anal. É como se a borda do ânus tivesse tido uma pequena laceração. Como é seu hábito de ir ao banheiro? Você vai todos os dias?

— Praticamente sim, nunca tive problema com isso durante a minha vida.

— Eu pergunto, porque uma das principais causas disso é a constipação intestinal. Às vezes as pessoas acabam ficando alguns dias sem evacuar e quando vão ao banheiro, de tão ressecadas que estão, as fezes machucam o local.

— Doutor, na verdade eu não contei tudo para vocês. Estava me sentindo inibida de falar, mas já que estamos aqui acho que não preciso esconder mais. Desde que minha família me colocou para fora de casa, quando eu assumi minha transexualidade, tenho passado por muitas dificuldades. E, há aproximadamente 1 ano, eu tenho ido às ruas para conseguir dinheiro para me sustentar. Essa dor começou logo que eu terminei um programa no começo dessa semana. O cara foi um pouco agressivo comigo e quando eu disse que queria parar ele acabou me forçando a ter relação.

— Mas isso foi violência sexual, Tábata **[6]**. Você sabe quem é o rapaz? Isso deveria ser denunciado - disse Heloisa.

— Eu sei quem ele é, já nos encontramos antes. Mas não quero fazer nada contra ele, tenho medo. Prefiro me cuidar mais das próximas vezes para não ter dor de cabeça com isso.

— Isso é uma coisa gravíssima, mas você que precisa decidir qual conduta adotar nessa situação. Respeito sua opinião, mas ainda acho que deveria denunciar. Se você precisar de apoio ou tiver necessidade de conversar mais, saiba que a unidade sempre vai estar de portas abertas **[7]**.

— Muito obrigada! Eu agradeço de coração a preocupação de vocês comigo. Sabia que aqui seria bem cuidada.

Marco Aurélio tomou a frente da conversa novamente, prescreveu uma pomada e anti-inflamatório para aliviar os sintomas, e a orientou quanto aos seus hábitos alimentares e de vida e entregou um pedido de retorno após 15 dias. Tábata ao receber o papel perguntou:

— O senhor vai precisar me reavaliar?

— Não necessariamente vamos precisar. Na verdade, quero marcar para conversarmos mais sobre sua história e entender melhor como você vive. Como hoje foi sua primeira consulta, abordamos somente essa situação pontual, mas no próximo encontro eu e a Heloisa iremos ver todo o resto. Topa? E existe algo a mais em que podemos te ajudar neste momento? **[8]**.

6 - Por vezes faz-se importante definir e nomear os sofrimentos. Dar uma denominação para o problema ajuda a entender o que de fato está acontecendo, e pode ajudar na evolução da pessoa e prognóstico da situação.

7 - Depois de identificar o problema real de Tábata, o médico pontua sua própria opinião, mas deixa claro que a decisão da denúncia é dela. Mesmo com a divergência de opiniões, o profissional não fecha as portas, mas demonstra que seu papel é de acolher e respeitar a paciente.

8 - Embora essa consulta tenha abordado alguns aspectos da vida de Tábata, em uma única vez não é possível entender a pessoa em toda sua complexidade. Por isso, após identificar o problema, e elaborar um plano conjunto para manejá-lo, é necessário dar continuidade ao cuidado, através do atributo da longitudinalidade.

— Ótimo, doutor, eu topo sim. E, por enquanto, não tenho outras queixas. Muito obrigada novamente!

Tábata aceitou, cumprimentou a equipe e saiu da sala em direção ao balcão de agendamento. O médico então se dirigiu a enfermeira:

— Às vezes a gente chega com uma imagem na cabeça e ela precisa ser desconstruída para que possamos fazer nosso trabalho da melhor maneira. Essa lesão é só a ponta de um iceberg. Tenho certeza de que essa proximidade vai permitir irmos muito além nesse cuidado **[8]**.

ESTABELECENDO VÍNCULOS E NOMEANDO PROBLEMAS

O atendimento de Tábata ilustrou a importância de saber conduzir uma consulta. Existe um ditado popular que diz “a primeira impressão é a que fica”, por isso, um primeiro contato acolhedor pode ser crucial para estabelecer vínculo e garantir a longitudinalidade do cuidado.

O início da consulta é o momento em que surge a oportunidade de começar a conhecer os contextos físico, social e emocional da pessoa, além de estabelecer a confiança mútua. Além disso, os profissionais de saúde podem enriquecer seu entendimento do contexto social de maneira progressiva, já que essas informações não são coletadas em um único encontro, mas, sim, ao longo de muitas consultas durante meses ou anos[1].

No primeiro momento, que exemplifica a consulta em uma abordagem biomédica, percebe-se que não há abertura para Tábata falar sobre seu contexto. O atendimento vira um jogo de perguntas e respostas, centrado no médico e suas percepções. O resultado desse “jogo” não é favorável para nenhum dos participantes, já que a relação médico-paciente torna-se paternalista; enquanto a paciente perde seu local de fala e poder de decisão, o profissional assume toda a responsabilidade e perde a chance de entender melhor a pessoa que está tentando “tratar”.

Já no exemplo do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), nota-se que os papeis tendem a se equilibrar. Nessa abordagem, o médico divide o protagonismo da consulta com a pessoa que está recebendo o atendimento. Afinal, temos um encontro entre especialistas: o médico é especialista nos aspectos biológicos das doenças, e a pessoa é especialista em sua experiência de saúde e doença, e em como isso afeta sua própria vida[2].

Desse modo, as experiências e perspectivas do paciente ajudam a guiar as decisões clínicas de maneira personalizada. Assim, a tomada de decisões deixa de ser propriedade exclusiva do médico, e passa a ser compartilhada, o que melhora a adesão aos tratamentos.

Outro ponto importante abordado neste caso é a importância de nomear o sofrimento que está sendo sentido. Muitas pessoas querem um nome ou um rótulo para a sua doença, pois isso ajuda a ter algum senso sobre o que está acontecendo e como pode ser a evolução[1].

Na primeira abordagem do caso de Tábata, embora o diagnóstico de fissura anal tenha sido correto, o médico João Paulo se concentrou apenas nisso. O verdadeiro motivo que levou a fissura nem sequer foi mencionado, pois nesse modelo não há espaço para grandes explicações, como falar de medos e outros sentimentos. A pomada, provavelmente, trataria a doença ou o sintoma, mas não ajuda a perceber e cuidar da causa; então, ainda há a chance de recorrência e falha no tratamento.

Por outro lado, na abordagem através do MCCP há uma designação do ocorrido na fala da enfermeira Heloisa: *“Mas isso foi violência sexual, Tábata. Você sabe quem é o rapaz? Isso deveria ser denunciado”*. Isso valida o que realmente aconteceu, e faz com que Tábata entenda melhor a causa do problema e, também, os sentimentos que foram

gerados a partir dele. Com isso, há maiores chances da conduta ser seguida, afinal, a pessoa está ciente do problema, entende a causa e pode analisar os possíveis desfechos.

No final das contas, quem decide se vai seguir o plano, ou não, é a pessoa, por isso, é importante conversar sobre as opiniões divergentes desde a primeira consulta e investigar quais as razões levam àquelas ideias e, então, juntos, os dois especialistas encontram um plano que melhor se encaixe na situação[1].

REFERÊNCIAS

1. Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa Transformando o Método Clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.

2. Labrie NH, Schulz PJ. Exploring the relationships between participatory decision-making, visit duration, and general practitioners' provision of argumentation to support their medical advice: Results from a content analysis. Patient Educ Couns. Maio 2015;98(5):572-7.

CAPÍTULO 4

UMA CONVERSA COM CRISTIANE

Data de aceite: 02/05/2024

Bruna Zomer
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Carolina Machado
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Emily Soares da Silva
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Fernanda Simionato
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Isabela De Souza Simões Stemmler
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. Membro da gestão da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Vale do Itajaí

Júlia Collet Furtado
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Luiz Alfredo Roque Lonzetti
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou
Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Yohanna Fernandes Nascimento
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Cristiane, 35 anos, operadora de telemarketing, divorciada, vai à UBS Jardim dos Trabalhadores para consulta de atendimento à demanda espontânea pois relata que precisa de uma ajuda para dormir. Sendo assim, após passar pela escuta da enfermeira Heloisa, esta decide encaminhá-la para ser atendida pelo Dr. Marco Aurélio no mesmo período.

— Olá Cristiane, bom dia.

— Oi Dr. João. Eu vim aqui hoje pois estou desesperada, faz dias que eu não durmo, não consigo pregar os olhos. É muito ruim doutor e eu acho que...

— Eu sei que é ruim **[1]**, mas preciso saber mais da sua queixa. Há quanto tempo ela apareceu? Além do tempo, me conte o que faz ela piorar ou melhor? Se souber, conte-me se você já fez algum tratamento e se mais alguém na sua família sofre com isso **[2]**.

— Eu tenho dificuldades para dormir faz um tempo já, mas ultimamente piorou muito. Acho que...

— Mas há quanto tempo isso vem acontecendo? **[3]**.

— Como eu ia lhe dizendo, estou há uns 15 dias sem dormir uma noite sequer. Por isso, eu vim lhe pedir uma receita, Dr. Marco… minha irmã toma um comprimido que é tiro e queda. Chama Clonazepam, já usei uma vez e foi ótimo. Na verdade, é só isso que eu preciso mesmo. Sei que o senhor está muito ocupado... e não quero lhe atrapalhar.

— Sim, realmente estou ocupado. Nem todos os pacientes percebem isso e acabam vindo até mim só para conversar **[4]**. Mas eu gostaria de entender um pouco mais sobre sua queixa. Você vem sentindo outras coisas? Talvez tremores, palpitações, falta de ar, queimação no estômago, alguma alteração intestinal? Anda muito preocupada e ansiosa? **[5]**

— Ah, venho, sim doutor. Tenho um compromisso semana que vem e hoje já fico preocupada com o que pode acontecer. Nesses tempos de pandemia a gente não sabe também se o dinheiro chega até final do mês. Sou muito ansiosa, muito mesmo.

1 - Já no início do atendimento, pode-se perceber que o médico interrompe a paciente precocemente, sem deixá-la se expressar de forma livre.

2 - Neste trecho destacado, o médico, em uma tentativa de realizar o equivalente a um decálogo da dor da queixa da paciente, realiza uma sobrecarga de perguntas. Realizar numerosas perguntas desse modo pode gerar no paciente desconforto, falta de espaço para reflexão e sobretudo, confusão. Assim, o tempo que o médico acha que está ganhando ao fazer tantos questionamentos acaba sendo "perdido" ao precisar explicar todas as perguntas novamente.

3 - Interrupções, além de demonstrarem desrespeito para com o paciente, atrapalham a construção do vínculo e a obtenção de informações que poderiam ser importantes para continuidade do caso.

4 - Muitas vezes o médico não enxerga a conversa e o diálogo como parte do processo terapêutico. Desse modo, tanto o médico quanto o paciente saem perdendo.

5 - Mesmo nesse caso, o médico alegando tentar entender a queixa relatada pela Cristiane, ele ainda utiliza repetidas perguntas fechadas e direcionadas, sem dar abertura para a pessoa.

— Ah, mas isso é normal! Faz parte da vida. Todos temos nossas preocupações **[6]**. O mais importante que eu gostaria de saber é se a senhora sente mais alguma coisa **[7]**. Algum outro sintoma.

— Ah, de sintoma? Pensei que gostaria de saber do trabalho ou algo assim. De sintoma acho que não tenho outro não doutor, mas, na verdade... só quero aquele remedinho mesmo.

— Estou percebendo que você está bem determinada quanto a isto e pelo jeito a senhora não tem mais nenhum problema **[8]**. Tem?

— Não tenho. Pelo menos acho que não. Só o trabalho que me deixa preocupada, mas dor ou qualquer outra coisa no meu corpo eu não tenho não. Acho que não.

— Então está tudo certo. Vou preparar uma receita de Clonazepam para a senhora. Vou fazer o de 2mg, que vai funcionar **[9]**.

— E como seria esse tratamento doutor?

— A senhora vai utilizar um comprimido antes de dormir. Pode ser que fique mais sonolenta no dia seguinte. Lembre-se de não tomar e operar alguma máquina, dirigir carro ou ingerir álcool. Cuide para tomar a dose certa, no horário certo, e não deixe de tomar. Caso tenha problemas com a adaptação, como alguma sonolência, ou até mesmo caso a senhora se sentir muito fraca, podemos marcar um retorno. Um psicólogo pode ajudar nesse processo, mas não deixe de usar o remédio que é o mais importante. Um bom remédio hoje em dia faz muita diferença. É o principal **[10]**.

— Não quero de forma nenhuma duvidar de você doutor. Mas isso tudo demora né? O que eu queria mesmo era um remédio para deitar e dormir.

— Não vou mentir para você não, Cristiane. Demora sim. Mas os remédios atuam dessa maneira e não há o que fazer. O essencial é fazer o tratamento certinho e caso sinta qualquer desconforto, precisa procurar um médico, como eu **[11]**, que estou aqui durante alguns dias da semana.

6 - Ao considerar alguma queixa como normal e parte da vida, o médico pode relativizar o sofrimento do paciente, não explorando a própria experiência da doença. Esta ação pode ter como consequência a falta de investigação com relação ao quadro e até inibir o paciente de se abrir para outras questões

7 - Ao utilizar a frase "O mais importante que eu gostaria de saber" o médico acaba trazendo o foco da consulta para ele, minimizando a criação de vínculo com o paciente.

8 - Aqui, além de induzir as respostas de Cristiane, o médico associa os "problemas" a algo puramente biológico, desconsiderando fatores psicossociais como componentes do processo de adoecimento.

9 -* Neste trecho, o médico poderia ter explorado a ideia de iniciar o tratamento com doses menores e se necessário escalonar o tratamento, desvinculando a cultura *do "remédio forte vs. remédio fraco".

10 - Aqui, por mais que o médico tenha relatado a possibilidade de um acompanhamento com um psicólogo, ele ainda refere o tratamento farmacológico como principal opção, seguindo o modelo biomédico. Essa conduta, focada no medicamento e não na pessoa, pode excluir necessidades da paciente com relação a formular diálogo aberto com criação de vínculo.

11 - Quando o Dr. João fala para a Cristiane que ela pode procurar um médico, é importante ressaltar, que diferente do que é reforçado pelo modelo biomédico, o cuidado não advém necessariamente só dessa profissão. Existem outros profissionais capacitados na equipe de Atenção Primária que podem contribuir com o cuidado.

— Ah, então está bem, doutor… posso sair com a receita de Clonazepam então?

— Sim, já irei preparar a receita. Caso tenha qualquer sintoma, marque um retorno e lembre-se que o tratamento realizado de maneira adequada é a principal forma para você melhorar. Procure fazer certinho.

— Mas esse remédio vai me fazer dormir mesmo, doutor?

— Essa é a função dele. Se isso não ocorrer, deve ser porque a senhora está tomando errado **[12]** ou porque o efeito não está se desenvolvendo corretamente.

— Ah, fico mais tranquila, doutor. Só de saber que se não der certo o senhor vai tentar de outra forma já fico mais aliviada.

— Mas a senhora fica responsável por tomar certinho, hein? Muitos pacientes acabam não tomando da forma correta e acham que é problema com o remédio. Se a senhora fizer certinho, lhe garanto que dará certo **[13]**. Enfim, então vamos fazer da forma como ficou determinado **[14]**: vou preparar a receita do benzodiazepínico **[15]** para você tomar todos os dias antes de dormir.

— O que é benzodiazepínico, doutor?

— Ah, desculpe. É o clonazepam.

— Está ótimo doutor João. Ainda bem que vou sair daqui com minha receita azul de clonazepam, e acho que agora vou ficar melhor.

— Que bom, Cristiane!

— Obrigada, doutor! Bom trabalho!

— Bom dia para você, ou melhor, um boa noite de sono!

12 - Gerar um diálogo que culpabiliza a paciente pode ocasionar desconforto e constrangimento.

13 - Ao expor que somente tomando o medicamento o caso será totalmente resolvido, o médico desconsidera os aspectos psicossociais da paciente. Como se medicalizar o sofrimento fosse resolver todos os seus problemas.

14 - Aqui, fica claro que o plano terapêutico foi construído e determinado somente pelo médico. Cristiane não participou e não teve autonomia sobre seu próprio cuidado.

15 - Utilizar termos técnicos e não explicar o que eles significam, como por exemplo a citação do benzodiazepínico, confunde ainda mais o paciente, contribuindo para o aumento de seu sofrimento.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Cristiane, 35 anos, operadora de telemarketing, divorciada, vai à UBS Jardim dos Trabalhadores para atendimento à demanda espontânea pois relata que precisa de uma ajuda para dormir. Sendo assim, após passar pela escuta da enfermeira Heloisa, e esta decide encaminhá-la para ser atendida pelo Dr. Marco Aurélio no mesmo período.

— Olá Cristiane, bom dia. Sente-se e fique à vontade. Me conte: em que eu posso ajudá-la hoje? **[1]**

— Oi Dr. Marco. Eu vim aqui hoje pois estou desesperada, faz dias que eu não durmo, não consigo pregar os olhos. É muito ruim, doutor, ficar rolando a noite inteira de um lado pro outro e ter que ir trabalhar cedo sem ter dormido nadinha.

— Entendo… não é fácil mesmo. Me conte um pouco mais sobre isso…

— Eu tenho dificuldades para dormir faz um tempo já, mas ultimamente piorou muito. Acho que estou há uns 15 dias sem dormir uma noite sequer. Eu vim lhe pedir uma receita Dr. Marco… minha irmã toma um comprimido que é tiro e queda. Chama Clonazepam. Já usei uma vez e foi ótimo. Na verdade, é só isso que eu preciso mesmo. Sei que o senhor está muito ocupado e não quero lhe atrapalhar.

— Não se preocupe com isso, Cristiane. Temos tempo para conversar um pouco mais. Você vem sentindo outras coisas? Anda muito preocupada, ansiosa? **[2]**

— Ah, venho sim, doutor. Tenho um compromisso semana que vem e hoje já fico preocupada com o que pode acontecer. Nesses tempos de pandemia a gente não sabe também se o dinheiro chega até final do mês. Sou muito ansiosa, muito mesmo.

— E quanto você acha que isso tem atrapalhado sua vida? **[3]**

— Bastante! Atrapalha, né? Em casa… no trabalho que também já é bem estressante, eles cobram produção o tempo todo. Eu só quero aquele remedinho doutor.

1 - Iniciar a consulta com esse tipo de pergunta - "em que eu posso ajudá-la hoje?" e suas similares abre espaço para que o paciente exponha todas as suas demandas, até mesmo quando elas não são clínicas, uma vez que deixa a pessoa falar livremente e é capaz de captar informações preciosas para a consulta.

2 - É possível perceber a aplicação do componente 1 do MCCP, onde o médico explorou os sentimentos da pessoa e valorizou a formulação de um diálogo no percurso terapêutico, direcionando mais a pergunta a ser realizada. Desse modo, Cristiane teve chance de formular sua resposta com espaço para reflexão e se abrir com relação a suas angústias.

3 - Dentro do componente 1 do MCCP, o médico deve questionar sobre quanto do funcionamento da pessoa é alterado devido ao sofrimento e doença que ela está acometida, ou seja, qual é o impacto na sua vida.

— Estou percebendo que você está bem determinada quanto a isto, mas eu não acho que nesse momento seja o melhor tratamento para você **[4]**. Acredito que temos que tratar a causa, ou seja, essa ansiedade.

— E como seria esse tratamento, doutor?

— O mais importante é a psicoterapia. Temos um psicólogo ótimo aqui no posto, o Jackson, tenho certeza que vai te ajudar muito **[5]**. Além disso, acho que podemos iniciar uma medicação para ansiedade, mas não o clonazepam de cara. Pensei na sertralina, que temos disponível na rede e tem mostrado ótimos resultados. O que você acha? **[6]**

— Não quero de forma nenhuma duvidar de você, doutor. Mas isso tudo demora, né? O que eu queria mesmo era um remédio para deitar e dormir.

— Não vou mentir para você não, Cristiane. Demora sim. A psicoterapia é fundamental, e os resultados são a médio prazo. Já a sertralina, como todos os remédios desse tipo, demora uns 15 a 20 dias para começar a fazer efeito.

— Então doutor… não dá mesmo para o senhor me dar uma receita de clonazepam?

— É que não acho que esta medida seja a mais indicada para você neste momento, pois essa medicação tem alguns prejuízos, como dependência, e na maioria das vezes deixamos para um segundo ou terceiro momento. E se eu lhe deixar algum outro medicamento junto, que lhe ajude a dormir, para o início do tratamento?

— Mas esse remédio vai me fazer dormir, doutor?

— Acredito que sim. As pessoas respondem de formas diferentes às medicações, então não posso lhe garantir isso. O que posso lhe garantir é que estou aqui na UBS todos os dias e que se você tomar 2 ou 3 dias e não conseguir dormir nada, pode me procurar que a gente discute novamente essa questão do clonazepam. O que você acha? **[7]**

— Ah, fico mais tranquila, doutor. Só de saber que se não der certo o senhor vai tentar de outra forma já fico mais aliviada.

4 - No MCCP, o médico reconhece a proposta e a expectativa do paciente. Assim, ele evita impor a sua conduta e compartilha o poder de decisão terapêutica com a pessoa.

5 - Aqui, pode-se perceber que o médico reconhece a importância da abordagem multiprofissional, explicando desde o início sobre a possibilidade da intervenção de diferentes profissionais.

6 - O componente 3 do MCCP se baseia na elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas. Assim, perguntas como "o que você acha?" e similares, incluem a pessoa na tomada de decisão para sua conduta.

7 - Demonstrar para a pessoa que você está disposto a ajudá-la e a ouvi-la, tratando o caso com empatia e respeito auxilia na criação de vínculo. O componente 4 do MCCP discorre exatamente sobre a importância de intensificar a relação entre a pessoa e o médico, possibilitando a formação de uma relação com caráter longitudinal.

— Então podemos fazer como eu sugeri? Vou fazer um encaminhamento para o psicólogo e a receita da sertralina para você tomar todos os dias pela manhã, e uma caixa de ciclobenzaprina de 10 mg, que é um relaxante muscular, para você tomar à noite. Acredito que isso tudo te ajudará a dormir melhor, enquanto iniciamos o tratamento das causas da sua insônia.

— Está ótimo, doutor Marco. Eu juro que esperava sair daqui com uma receita azul de clonazepam, mas eu acredito no senhor e sei que se não funcionar eu posso retornar aqui. Me comprometo também a vir certinho no psicólogo… isso é uma coisa que eu precisava mesmo, faz tempo!

— Que bom, Cristiane! Tenho certeza de que juntos **[8]** vamos resolver este problema. De qualquer forma eu quero te ver daqui a uma semana. É só marcar retorno na recepção, e não se esqueça… se precisar de mim durante este tempo, estarei aqui!

— Obrigada, doutor! Bom trabalho!

— Bom dia para você, ou melhor, um boa noite de sono! Te aguardo em uma semana.

— Pode deixar!

8 - A partir do momento que o médico realiza a corresponsabilização, falando que juntos vão resolver o problema, ele realiza com a pessoa a possibilidade de um cuidado compartilhado. Desse modo, é possível identificar os papéis a serem assumidos tanto pela pessoa quanto pelo médico, realizando a tomada conjunta de decisões.

ALÉM DA QUEIXA PRINCIPAL

Como abordado no capítulo inicial, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) abrange o ser humano buscando entender o "real motivo" de sua procura pelo médico[1], caminho que compreende não somente problemas biológicos, mas também sociais, psicológicos, culturais, econômicos, entre outros.

A partir de um cuidado centrado no paciente, alcança-se maior resolutividade, confiança e, o mais importante: vínculo. Para tanto, três pilares são estabelecidos: comunicação efetiva, vínculo e promoção de saúde[2]. É possível perceber que esses conceitos se mostram presentes no segundo caso descrito, uma vez que o médico Marco não se preocupou somente com o quadro clínico e a medicalização da paciente, mas sim compreendeu suas necessidades e realizou a formação de vínculo e comunicação adequadamente, proporcionando a produção de um cuidado verdadeiro e não meramente tecnicista.

Assim, o que pôde ser observado no caso foi o seguimento das perspectivas do MCCP pelo profissional de saúde e pela pessoa, já que, a relação criada ocorreu com divisão de responsabilidades e protagonismo mútuo, não hierarquizado, visando o desenvolvimento de um plano de cuidado conjunto[1,3]. Do mesmo modo, é possível identificar os demais componentes do MCCP, já explorados anteriormente no capítulo que trata do método.

No primeiro componente, é papel do médico, além de compreender biologicamente a doença, adentrar à realidade do paciente no que tange aos seus sentimentos sobre "o que é estar doente" de forma intrínseca ao seu contexto de vida, estabelecendo a ideia de compreender a saúde, a doença, e a experiência da doença[4].

DEMANDAS ALÉM DO BIOLÓGICO

No momento em que Cristiane correlaciona para o Dr. Marco Aurélio o seu problema de ansiedade, e a consequente dificuldade para dormir, com o seu trabalho, citando que é *"muito ruim ficar rolando a noite inteira de um lado pro outro e ter que ir trabalhar cedo sem ter dormido nadinha"* e que *"nesses tempos de pandemia a gente não sabe também, se o dinheiro chega até final do mês. Sou muito ansiosa, muito mesmo"*, ela mostra a sua percepção, o seu sofrimento e a sua experiência da doença, que biologicamente é única e idêntica entre todos, mas que é vivenciada, experimentada e sofrida de forma singular por ela. O médico, ao compreender as relações e interações do sofrimento de Cristiane, como fez o Dr. Marco Aurélio ao perguntar *"e quanto você acha que isso tem atrapalhado sua vida?"*, é capaz de não apenas tratar a doença do sujeito, mas também cuidar da pessoa propriamente dita.

Além disso, o médico deve também identificar qual é o entendimento e percepção que a pessoa possui sobre sua saúde e compreender a influência do quadro sobre suas aspirações e propósitos de vida, uma vez que o conceito de saúde é singular e seu

significado pode mudar o desfecho de uma conduta. Cristiane, sem dúvida, sentia-se sem saúde, visto que seus propósitos de vida não eram atingidos, em virtude das longas noites com privação do sono. Portanto, assim como fez o Dr. Marco Aurélio, indo além de somente prescrever o medicamento, referindo que tinham *"tempo para conversar um pouco mais"*, é tarefa do médico abranger tais aspectos da vida que vão além da patologia. Foi possível perceber no caso, que tanto a doença, quanto a saúde e a experiência da doença de Cristiane puderam ser pautadas na abordagem médica.

Como consequência, aplica-se o segundo componente, o entendimento da pessoa como um todo, avaliando como o contexto amplo da pessoa tem influência sobre seu processo de saúde-doença[1], uma vez que é preciso explorar a determinação social da saúde, visando compreender a influência de fatores distais como econômicos, políticos, sociais e históricos no processo de adoecimento.

Cristiane, uma mulher aos seus 35 anos, no auge de sua vida adulta e produtiva, e em meio ao processo de trabalho que muitas vezes visa a exploração e gera uma pressão constante por produtividade, teve sua saúde influenciada pelo meio. Suas demandas sociais e condições de vida, são de inegável influência e interferência no cuidado. O Dr. Marco Aurélio, compreendendo, no caso de Cristiane, a correlação entre a ansiedade e o trabalho, foi capaz de cuidar de forma integral e resolutiva da paciente.

Outro pilar do MCCP é o terceiro componente, em que se elabora um plano de manejo onde o médico e a pessoa são ativos, conscientes de sua atuação e com metas e papéis a serem cumpridos[1]. A partir do momento em que a pessoa adquire autonomia sobre o próprio cuidado, é obtida a liberdade e a capacidade de participar livremente na construção do autoconhecimento e ocorre o fim da passividade enquanto paciente, tornando-o protagonista de suas decisões terapêuticas.

Isso é muito bem representado no caso quando Cristiane, inicialmente, indica ao Dr. Marco Aurélio a necessidade de uma receita para clonazepam. Nesta ocasião, o médico confirma a autonomia de Cristiane citando que "não acha que esta medida seja a mais indicada para ela neste momento", explicando sobre a ideia de tratar a causa e não a consequência, deixando-a consciente de sua situação. Desse modo, o desfecho dessa autonomia culminou na criação de confiança e parceria com o médico, mostrando tanto a consciência de Cristiane em seu tratamento, bem como o seu papel ativo no próprio cuidado, como vemos na seguinte frase: *"eu acredito no senhor e sei que se não funcionar eu posso retornar aqui. Me comprometo também a vir certinho no psicólogo*".

Por fim, como diz o quarto componente do MCCP, deve-se, gradativamente, fincar raízes de compaixão, empatia, compartilhamento de poder e esperança entre a pessoa e o médico, fortalecendo a relação entre ambos. Pode-se analisar na frase descrita anteriormente, em que Cristiane e o Dr. Marco conseguem conversar abertamente, realizando a criação de confiança e contribuindo para o fortalecimento do vínculo.

Dr. Marco Aurélio faz isso claramente ao dizer que *"de qualquer forma eu quero te ver daqui a uma semana. É só marcar retorno na recepção, e não se esqueça… se precisar de mim durante este tempo, estarei aqui!"*. Por meio da formação desse vínculo, diferente de outros casos, detalhes importantes sobre o sujeito não serão perdidos pela falta de conversa, a paciente conseguirá melhorar o senso de autoeficácia e poderá ser fielmente realizado o cuidado.

Assim, podemos entender através do caso exposto que a Medicina Centrada na Pessoa tem consigo o papel de alavancar uma prática médica que vai muito além do tratamento de doenças, definindo-se na verdade, como cuidar de pessoas que, dentre diversas realidades, trabalhos, preocupações, aflições, alegrias, tristezas e tantos outros contextos, possuem, também, um quadro de doença personificado por um único e singular sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.

2. Little P. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ [Internet]. 24 fev 2001; 322(7284):468.

3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Amp Med. Out 2000; 51(7):1087-110.

4. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. BMC Health Serv Res. 19 jun 2014;14(1).

CAPÍTULO 5

OUVINDO PEDRO

Data de aceite: 02/05/2024

Carolina Machado
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Cindy Burato Pedrozo
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Cristiano Vinícius Isotton
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Franco Giovanni Sandri Serafim
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Lucas Fontana Breguez da Cunha
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Roque Eduardo Silveira de Mello Filho
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí
Membro da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Vale do Itajaí

Sunny Burato Pedrozo
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Thiago Colpo
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou
Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Pedro, 12 anos, é um menino bem conhecido da equipe de saúde da UBS Jardim dos Trabalhadores, pois está sempre com seu avô, Seu Geremias. Numa manhã de segunda-feira eles procuram a UBS e são encaminhados para acolhimento.

— Bom dia, Pedro, Seu Geremias. Como vocês estão hoje? O que trouxe você até aqui, Pedro?

— Minha barriga dói muito, doutor.

— Vamos ver o que pode ser então, Pedro. Vou pedir para você deitar ali para eu te examinar, tudo bem? **[1]**

— Tudo bem, doutor, responde Pedro.

Antes de partir para o exame, o avô comenta:

— Doutor João, o Pedro está reclamando com essa dor faz uns dois dias. Ele também está enjoado e tem vontade de vomitar. Não tem comido direito.

O médico então resolve fazer mais perguntas à Pedro:

— Pedro, além dessa dor, você está sentindo outro sintoma?

— Sim, tenho vontade de vomitar e não quero comer nada - afirma o garoto.

— Em relação a essa dor, em uma escala de 1 a 10, quanto você a classifica? **[2]**

— Acho que 7, doutor.

— Você percebeu alguma coisa que faz a dor diminuir?

— Não sei dizer, só sei que está me incomodando muito.

Dr. João pergunta ao avô:

— Seu Geremias, o Pedro teve febre durante esses dias?

— Nem notei, creio que não **[3]**.

— Posso dar uma olhada como está sua barriga, Pedro?

Após o exame físico…

— Seu Geremias, parece que não tem nada de errado no exame físico do Pedro.

1 - ***O médico não explora a queixa, mas se contenta com uma resposta que preenche a lacuna de uma queixa principal em prontuário.***

2 - ***Fica claro o objetivo do médico de seguir o protocolo mais do que entender a situação a fim de promover um cuidado integral personalizado.***

3 - ***Traz questionamentos sobre a qualidade do cuidado oferecido pelo avô, e quando ouviu que o avô nem notou, não buscou explorar esse fato.***

Pedro interrompe…

— Mas doutor, a dor está me atrapalhando muito **[4]**.

— Eu entendo, Pedro. Vamos iniciar um tratamento para aliviar seus sintomas imediatos, mas também precisamos ficar atentos a qualquer mudança ou piora dos sintomas. Se a dor persistir ou outros sinais aparecerem, como febre, vômitos persistentes, ou alterações no padrão das fezes, é importante nos informar imediatamente **[5]**.

Sr. Geremias: Pode deixar, doutor. Estamos atentos.

Pedro e seu avô deixam a UBS e seguem para casa com a receita.

4 - O paciente aqui clama por uma ampliação do cuidado que está sendo fornecido.

5 - A consulta se encerra quando a terapêutica e intervenções para as queixas verbalizadas foram respondidas.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Pedro, 12 anos, é um menino bem conhecido da equipe de saúde da UBS Jardim dos Trabalhadores, pois está sempre com seu avô, Seu Geremias. Numa manhã de segunda-feira eles procuram a UBS e são encaminhados para acolhimento.

— Bom dia, Pedro, Seu Geremias, tudo bem? O que houve com você hoje Pedro?

Cabisbaixo, Pedro aponta com a mão para a barriga.

— Está doendo a barriga? Me conte o que houve Pedro… você é sempre tão falante… **[1]**

1 - O médico utiliza a longitudinalidade como ferramenta para o cuidado. Com esta fala, demonstra que conhece Pedro e percebe que algo está errado.

Seu Geremias toma a frente e fala:

— Dr. Marco, o Pedro está reclamando dessa dor faz uns dois dias. Ele chega a estar amuado. A gente sabe que ele não é assim. Acho que se der um remédio para as bichas resolve.

— Pedro, eu gostaria de entender melhor essa dor. Sei que você gosta de conversar, pois sempre batemos altos papos quando você vem com seu avô no Café com Saúde. Quer me falar um pouco sobre o que você está sentindo? **[2]**

2 - O médico explora, aqui, a experiência da doença, não se contentando com um sintoma a ser tratado, mas considerando que o que incomodava Pedro talvez não fosse só a dor abdominal.

Pedro acena que não com a cabeça e começa a chorar.

— Pedro, eu quero muito te ajudar, mas preciso que você me ajude nesse momento. Quer que o seu avô espere um pouquinho lá fora para a gente conversar? **[3]**

3 - O médico se empenha no objetivo de criar um ambiente mais seguro e confortável para a criança.

Pedro acena com a cabeça que sim.

— Seu Geremias, vou pedir a gentileza de aguardar uns minutinhos lá fora, para que eu possa conversar melhor com o Pedro, pode ser? Eu já lhe chamo.

— Tudo bem, doutor, mas eu já vou lhe adiantando que isso é manha de garoto.

— Então Pedro, agora que estamos só nós, me conte melhor sobre o que você está sentindo. O que você acha que pode ser essa dor? **[4]**

4 - O médico utiliza de mais ferramentas de comunicação para compreender a experiência de doença do paciente. Com essa pergunta busca identificar qual a ideia de Pedro sobre sua dor, utilizando o componente 1 do MCCP.

— Faz dois dias que doi a minha barriga.

O choro se intensifica e Dr. Marco oferece um lenço para Pedro e aguarda alguns instantes.

— Essa dor te atrapalha, Pedro? Quero entender melhor seu problema para que a gente consiga pensar juntos formas de te ajudar **[5]**.

5 - Acolhendo os sentimentos, o médico indica que as perguntas são para que eles possam trabalhar juntos na promoção do cuidado.

— Tenho vontade de vomitar e não quero comer nada. Afirma o menino chorando.

— Aconteceu alguma coisa antes disso Pedro? Você comeu algo diferente? Algum problema na escola? **[6]**

6 - O médico busca ampliar o entendimento para além das causas puramente biológicas.

— Aconteceu sim. Sábado final da tarde fui soltar pipa lá pras bandas do arrozal do Seu Valdomiro, quando eu vi estava anoitecendo. Aí vieram uns moleques, riram de mim… depois me pegaram por trás doutor, me machucaram. Disseram que eu era mulherzinha.

— Nossa Pedro! Isso é muito grave. Você chegou a contar para alguém? Para o teu avô? Você conhece esses garotos?

— Contei sim, doutor, mas já tô acostumado com essas coisas.

— Como assim acostumado? Sei que quem cuida de você é o seu Geremias. Moram só vocês dois? **[7]**

7 - Aqui o médico passa a ativamente questionar sobre o contexto que Pedro está inserido, buscando entender sua realidade (componente 2 do MCCP).

— Moramos eu, ele e o meu tio, irmão do meu pai que já morreu. Mas eles fazem isso comigo direto também doutor. Meu tio vive abusando de mim, e meu avô às vezes também. Já tô até acostumado (choro).

— Pedro, nós precisamos cuidar de você, afastá-lo dessas pessoas que te fazem mal. E a tua mãe?

— A minha mãe também morreu, quando eu era pequeno e morávamos em São Paulo. Aí depois que ela morreu meu pai veio comigo pra cá, e um tempo depois também morreu num assalto.

— Mas você tem contato com a família da tua mãe? Seus avós, tios? **[7]**

— Nem conheço doutor, eles são tudo de São Paulo, eu acho. Eu não tenho família, só o meu tio e meu avô mesmo.

— E por parte do teu pai, além do teu avô e teu tio, conhece mais alguém? Tem contato com algum parente? Algum amigo mais próximo? **[8]**

8 - Dr. Marco se empenha em entender as possibilidades de estabelecer ou fortalecer redes de apoio para Pedro e ampliar seu plano de cuidados.

— Não… somos só nós mesmo. Quando ele bebe e vem pra cima de mim, às vezes eu corro e me escondo na casa da dona Sueli. Ela é bem querida… quando vou pra lá ela me abraça e me dá comida, mas eu sei que o marido dela não gosta.

— Mais alguém que cuide de você? Alguém com quem você possa contar? **[8]**

— Tem a Andreia, que é a diretora da escola. Parece que quando acontece alguma coisa ela sente. Sempre vem e pergunta como eu tô… mas só isso mesmo doutor Marco.

— Pedro, estou realmente muito preocupado com você. Percebo que você está passando por situações de violência e juntos precisamos resolver a melhor forma de cuidar de você **[9]**. Nesse momento eu preciso tomar algumas medidas, inclusive pedir alguns exames para você, mas o que mais me preocupa agora é te proteger e evitar que novos episódios de violência aconteçam. Você concorda? **[10]**

— Acho que sim doutor. Sei que isso não podia acontecer. Mas o que pode acontecer comigo? Preciso deles… não tenho família, não tenho pra onde ir...

— Então, preciso de ajuda para cuidar de ti nesse momento. Entendo todas as tuas angústias. Vou conversar com a minha equipe e fazer uns telefonemas e já retorno para conversar contigo.

9- O médico deixa claro que é corresponsável pelo cuidado de Pedro (componente 3 do MCCP).

10- Pedro é colocado no centro do seu cuidado, sendo cada etapa do seu processo terapêutico comunicado e tendo a decisão compartilhada.

O médico Marco vai até o consultório da enfermeira Heloisa, relata o caso e juntos chamam a ACS Elis, que relata que de fato Pedro não tem contato com ninguém mais da família, e que já suspeitava que Pedro poderia estar sofrendo agressões. Lembra que hoje é dia do Psicólogo Jackson na UBS e pede para ele conversar com o Pedro enquanto a equipe toma algumas providências **[11]**.

11- O cuidado não é centralizado na figura do médico, mas sim compartilhado interdisciplinarmente e intersetorialmente.

A equipe então resolve realizar testes rápidos na UBS, notificar o caso de violência, telefonar para o Conselho Tutelar e chamar seu Geremias para uma conversa franca. As medidas legais são tomadas.

Diante de uma situação tão complexa, a equipe senta e reflete que parece estar fazendo pouco, mas dada a gravidade avalia que foram muitas coisas para um primeiro momento. A partir de agora a família passará por acompanhamento semanal com a equipe multiprofissional da UBS e fará reuniões multissetoriais (CREAS, Escola, Conselho Tutelar) para melhor condução do caso.

NÃO É APENAS UMA DOR DE BARRIGA

O caso de Pedro traz à tona problemas aos quais o sistema prefere fechar os olhos. Quantas queixas de dores abdominais foram manejadas em consultas de 5 minutos sem que o médico desviasse os olhos do computador? O que aconteceria com Pedro se sua consulta não fosse centrada nele, mas na queixa de dor abdominal? E se o objetivo final do médico fosse tratar a queixa e não cuidar do paciente?

No primeiro caso, centrado na doença, temos uma consulta clássica de Ambulatórios de Pediatria, Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimentos. Dor abdominal é um dos principais motivos que leva a criança ao atendimento[1]. Assim, o Dr. João, treinado para intervir e remediar, centrado na queixa e na doença, age de maneira rápida, pensando, de maneira sistemática e mecanizada, em resolver o problema que lhe foi apresentado - o mais rápido possível - para poder iniciar o próximo atendimento, que pode ser mais complexo que uma dor abdominal em uma criança de 12 anos.

A epidemiologia e as estatísticas fornecem protocolos para manejo de dor abdominal. A eficácia dos guidelines e da medicina centrada na doença depende apenas do paciente relatar a queixa de maneira clara. Cai por terra sua validade quando o real problema não é comunicado verbalmente e o cuidado em saúde depende, agora, de um olhar atento e de um ouvido disposto. A assistência em saúde adequada depende de gente com força e disposição para lutar pelo paciente.

Cinco minutos foram suficientes para o médico centrado na queixa terminar a consulta. Consulta que preenche os requisitos de uma boa consulta pelo padrão do método clínico tradicional: adequada clinicamente, com exame físico direcionado, descartando sinais de alarme, mas também, centrada na doença, com a assistência centralizada no médico, intervencionista e rápida. Muito rápida. Baseado nas perguntas corretas para a caracterização da dor e na assistência prestada, muitos pacientes, profissionais da saúde e gestores classificariam o primeiro médico como um bom profissional. Tal conclusão faz refletir o que torna um profissional da saúde bom. Por quais padrões estabelecemos um bom profissional ou um mal profissional. Se a expectativa é atender queixas pontuais de maneira mais eficaz e rápida visando um custo monetário x benefício lucrativo, talvez o Dr. João seja considerado excelente.

Assim, entende-se que as questões de saúde não são passíveis de discussão fora de um espectro sociopolítico. A ascensão do capitalismo trouxe uma visão exclusivamente biologicista da saúde, desprezando a medicina como uma ciência social. Resultando, assim, na diminuição da responsabilidade do Estado em promover mudanças sociais para melhorar a saúde, colocando a carga do adoecer sobre os indivíduos. Por esse olhar, o que é valorizado dentro de um sistema de saúde são recursos, humanos ou materiais, mais rápidos, baratos e que resolvam os problemas pontuais e desconexos de um sistema que guia todos ao adoecer[2].

Já no segundo caso, a aplicação das ferramentas de comunicação clínica e do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) muda completamente o rumo do cuidado fornecido a Pedro. Para o médico centrado na pessoa, era palpável o que para o médico centrado na doença era invisível: a dor abdominal não era o problema. A abordagem centrada na pessoa durante uma consulta aproxima dois especialistas: o profissional de saúde, frequentemente especializado em doenças, e o paciente, especialista em si mesmo. Essa abordagem facilita a comunicação quando ambos compartilham objetivos, interesses e responsabilidades.

A primeira etapa do MCCP é entender o que é a queixa para o paciente e o que o leva a buscar o cuidado em saúde que está sendo, ou pode ser fornecido. No caso, Pedro apresenta uma dor abdominal, sem sinais de alarme. Muitos médicos considerados bons param aqui. Queixa? Intervenção. Próximo! Olhos atentos de dr. Marco, centrado na pessoa, com a longitudinalidade do cuidado a seu favor, identificam que algo está diferente com Pedro e a partir dessa percepção e do convite para o avô se retirar, o fluxo de violência e abuso de Pedro começa a mudar.

No início da consulta, o médico Marco já consegue se desvincular da abordagem tradicional, centrada na doença, de toda carga teórica que o capacitava a tratar uma dor abdominal em uma criança, e investe tempo ouvindo e observando Pedro, entendendo como a dor abdominal se manifestava naquele paciente único. O médico explora, através do diálogo acolhedor e do olhar cuidadoso, cada um dos sentimentos e ideias de Pedro sobre sua queixa, o impacto que a queixa trazia para seu dia a dia, além de caminhar ao entendimento das expectativas de Pedro com a consulta.

A segunda etapa do MCCP propõe compreender o paciente inserido em seu contexto de vida e a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial nesse aspecto, pois permite ao profissional conhecer a pessoa em profundidade, entender seus problemas e identificar as causas subjacentes. Marco, por ter vínculos com a comunidade e conhecer o ambiente de Pedro, consegue contextualizar sua saúde de maneira mais ampla. Sendo Pedro paciente único, com experiências e percepções únicas de vida, o médico se envolve em compreender o paciente não individualmente, mas, de maneira muito mais poderosa: coletivamente, como um cidadão de uma comunidade, como um integrante de uma família, um aluno de uma escola…

A terceira etapa do MCCP consiste na elaboração de um plano terapêutico conjunto, no qual o paciente participa ativamente[3]. Ele é o protagonista desse cuidado e o especialista em sua vida. Pedro, criança em situação de vulnerabilização e risco, não é tratado como uma vítima inerte, alguém alheio a situação, mas cada passo dos protocolos, aos quais ele tem direito e é dever do médico seguir, é orientado e explicado. O médico o envolve em todas as etapas de decisão, explicando cada procedimento, respeitando os direitos de Pedro e cumprindo com seus deveres legais como médico.

O quarto componente do MCCP traz a intensificação da relação médico-paciente[3]. No caso, vemos um médico com atuação centrada na pessoa, e que o relacionamento com o paciente, desenvolvido na longitudinalidade do cuidado, foi capaz de indicar que havia pontos a serem observados. Sem uma boa relação entre o cuidado e o cuidador, a terapêutica perde o sentido e a eficácia. A relação saudável entre médico e paciente promove saúde e coloca o cuidador num lugar de facilitador do processo de construção de saúde e de alívio de sofrimento, e faz o paciente confiar no médico, que agora, o conhece e é capaz de respeitá-lo em suas crenças, anseios, vontades, medos e esperanças.

Em casos como o de Pedro, não existe abordagem 100% eficaz, mas o Método Clínico Centrado na Pessoa consegue transcender a mera queixa clínica para adentrar as complexidades das situações e determinantes sociais que definem a condição de saúde. Ao colocar a pessoa como protagonista do seu cuidado, o MCCP busca sim compreender os aspectos clínicos da doença, com um atendimento clinicamente adequado e terapêuticas baseadas em evidência. Mas também leva em consideração o contexto social, econômico e emocional em que o paciente está inserido. No caso de Pedro, a abordagem centrada na pessoa permitiu ao Dr. Marco identificar além da dor abdominal, graves problemas de violência, abuso e vulnerabilização que ele enfrentava. Isso reflete a interseção entre a saúde e a determinação social, mostrando que a saúde de um indivíduo não pode ser dissociada de sua realidade social e das condições em que vive. Portanto, ao adotar o MCCP, os profissionais da saúde estão não apenas tratando sintomas, mas também atuando como agentes de transformação social, buscando equidade e justiça na promoção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Gusso G, Lopes JM, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2432 p.

2. Maeyama MA, Dolny LL, Knoll RK. Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática. Itajaí: UNIVALI; 2018.

3. Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.

CAPÍTULO 6

UM ENCONTRO COM DONA HERONDINA

Data de aceite: 02/05/2024

André Lemos Teixeira Alves
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Carolina Machado
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Caroline Andrade Machado
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Giovanna Nesello Bosi
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Luiza Sulzbach Silveira
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Patrick de Carvalho Poloni
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Rayssa Tarcilia Ribeiro
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Janaina Nardelli
Médica Residente em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina

Wellington Sanchez Abdou
Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Dona Herondina, casada, 65 anos, auxiliar de enfermagem aposentada, natural de Buganvília e moradora de Primavera há 06 meses, procura a UBS Jardim dos Trabalhadores para sua primeira consulta a fim de realizar acompanhamento de rotina. Ao adentrar no consultório, junto com seu marido, ainda em pé, começa a falar:

— Doutor João, nenhum médico até hoje conseguiu cuidar de mim. Eu tenho muitos problemas de saúde!

Seu marido logo a interrompe rispidamente, e pede que primeiro ela se sente. O clima no consultório já de início tornou-se pesado.

— Bom dia, Dona Herondina, sou o Dr. João, o que a senhora faz aqui hoje? **[1]**

— Desculpa a implicância do meu marido, mas ele não me entende.

— Tudo bem. Como a senhora está? **[2]**

— Doutor, eu mudei recentemente para cá. Fazia meu acompanhamento todo em Buganvília e agora preciso continuar aqui. Eu sou uma pessoa muito doente, tenho diversos problemas de saúde e tenho muito medo de não conseguir mais me cuidar e ajudar meu marido **[3]**.

— E quais são esses seus problemas?

A paciente rapidamente retira uma folha de papel de sua bolsa, sendo acompanhada pelo olhar de reprovação do marido, e começa a falar:

— Então, doutor, eu tenho pressão alta, diabetes, colesterol alto, tireoide, artrite reumatoide, fibromialgia, osteoporose, osteoartrose, nódulos de mama, alterações na coluna, hérnia de disco, osteófitos, cegueira, hérnia de hiato, úlcera de duodeno e refluxo desde a infância. Além disso, agora comecei a sentir uma dor enjoada no meu ombro esquerdo, parece que eu não consigo nem encostar nele direito.

Seu marido logo começa a rir e diz:

1 - Uma boa forma de iniciar a entrevista é utilizando perguntas abertas. No entanto, a abordagem utilizada pelo médico com "o que a senhora faz aqui hoje?" parece ter um caráter sutilmente julgador, não muito cordial e que não a deixa à vontade.

2 - A pergunta inicial da entrevista deve ser aberta, mas, ao mesmo tempo, focada nas demandas que trazem a pessoa ao consultório. Perguntas muito gerais ("como está?") podem levar a pessoa a divagar por temas que não são relacionados à consulta.

3 - Nota-se aqui que, embora o médico não tenha feito a pergunta mais adequada para iniciar a consulta, dona Herondina traz os sentimentos relacionados aos seus problemas. É nesse momento que o profissional de saúde deveria explorar os medos e expectativas para compreender o caso de uma forma mais integral utilizando-se do primeiro componente do MCCP.

— Você está ficando louca! Para de fazer isso! Você não tem nada!

— É por isso que eu não queria que você tivesse vindo junto comigo na consulta! Talvez fosse melhor você esperar lá fora para não me estressar mais - disse ela prontamente. O marido se levanta e sai da sala **[4]**.

— Doutor, agora podemos continuar. Meu marido é muito implicante e eu não sei mais o que fazer. Será que o senhor consegue me ajudar?

— Dona Herondina, a senhora tem certeza de que tem todas essas doenças? É muito raro encontrarmos tantas comorbidades em uma pessoa só. Que medicamentos a senhora toma todos os dias? **[5]**

— Eu tomo Losartana, Omeprazol, Meloxicam a cada 12 horas, o da tireoide de 75 mcg e a cada 6 meses tomo 1 injeção de células de porco na barriga. Além desses, tomo também chá de espinheira santa e chá de canela de velho.

— Células de porco?

— Sim, foi meu geriatra que prescreveu há muitos anos. Elas são muito caras e eu quase não tenho mais condições de comprar.

— A senhora está com a sua receita antiga aí? Posso dar uma olhada?

Em sua receita antiga, constavam os seguintes medicamentos: Losartana 50 mg 1cp a cada 12 horas, Omeprazol 20 mg 1cp em jejum, Cilostazol 100mg 1cp a cada 12 horas, Metotrexato 2,5mg 3cp por semana, Prednisona 5mg 1cp ao dia, Levotiroxina 75 mcg 1 cp pela manhã e Denosumabe 1 ampola a cada 6 meses.

— Na sua receita tem alguns medicamentos que a senhora não me falou. E outros que me falou e não estão aqui. Tem certeza desses nomes?

— Tenho sim doutor. Tomo todos os que eu falei e nada mais.

Um momento de silêncio pairou no ar. Dr. João em seguida diz:

— Mas quem disse que a senhora tem todos esses problemas? Foi um médico mesmo? [6]

4 - Antes mesmo de haver esse desentendimento entre paciente e acompanhante, pelo clima que já se instalava, o médico poderia ter sugerido que o marido aguardasse na sala de espera, usando a técnica de criação de outro ambiente, com intuito de melhorar a consulta e até mesmo o vínculo.

5 - Nota-se que o médico considera as doenças (disease) e não a experiência da doença (illness) da pessoa, os sentimentos, as ideias, expectativas e os seus medos. O médico utilizou uma estratégia para compreender o caso, mas acaba focando somente nos aspectos biológicos do adoecer. O profissional precisa estar atento para não priorizar a agenda do médico, em detrimento da agenda do paciente.

6 - Percebe-se que o profissional aborda a doença como sinônimo de utilizar remédio. Ele utiliza um tom julgador embora tenha intenção de compreender as comorbidades de dona Herondina.

— Todas as vezes que eu consultava, tanto no postinho, quanto no pronto socorro, eu ia anotando para não esquecer. Algumas vezes eu mesma fazia o diagnóstico porque sabia quais eram os sintomas.

— Entendi. Vou organizar seus medicamentos e já vou solicitar alguns exames laboratoriais **[7]**.

— E o senhor vai me prescrever mais algum remédio?

— Pelo contrário, Dona Herondina. Vou ver o que podemos tirar ou adaptar no seu tratamento.

— Me promete que o senhor vai me ajudar?

— Eu me comprometo em dar o meu melhor para o tratamento de suas doenças **[8]**.

Em seguida, o médico preencheu os papéis necessários e solicitou que a paciente voltasse após 15 dias com os resultados dos exames.

7 - Nota-se a falta da elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas. Escolhas ganham significado, riqueza e precisão se elas são resultado de um processo de mútua influência e entendimento entre médico e pessoa.

8 - O médico mais uma vez acaba focando nos aspectos biológicos do adoecer - "tratamento de suas doenças" ao invés da pessoa. A prestação de um cuidado efetivo requer assistência tanto para as doenças que acometem a pessoa quanto para a experiência da pessoa com essas doenças e o entendimento sobre o que ela compreende sobre "ter" saúde.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Dona Herondina, casada, 65 anos, auxiliar de enfermagem aposentada, natural de Buganvília e moradora de Primavera há 06 meses, procura a UBS Jardim dos Trabalhadores para sua primeira consulta a fim de realizar acompanhamento de rotina.

Dr. Marco Aurélio vai até a recepção e chama por Herondina, que prontamente se levanta, acompanhada de seu marido. Dr. Marco sorri e cumprimenta-os.

— Podem me acompanhar por favor **[1]**.

— Ao adentrar no consultório Dr. Marco diz:

— Fiquem à vontade, podem se sentar.

— Mas ainda em pé, dona Herondina começa a falar:

— Doutor, nenhum médico até hoje conseguiu cuidar de mim. Eu tenho muitos problemas de saúde!

Seu marido logo a interrompe rispidamente, e pede que primeiro ela se sente. O clima no consultório já de início tornou-se pesado.

— Bom dia, Dona Herondina, sou o Dr. Marco, seu Médico de Família aqui da Unidade. Daqui para frente eu cuidarei da senhora, tudo bem? **[2]**

— Tudo, doutor. Desculpa a implicância do meu marido, mas ele não me entende.

— Muito prazer, como você se chama? (Direcionando o olhar ao marido de Herondina).

— Me chamo Francisco, prazer **[3]**.

— Então vamos lá, como eu posso ajudar a senhora hoje? **[4]**

— Doutor, eu mudei recentemente para cá, fazia meu acompanhamento todo em Buganvília e agora preciso continuar aqui. Eu sou uma pessoa muito doente, tenho diversos problemas de saúde e tenho muito medo de não conseguir mais me cuidar e ajudar meu marido **[5]**.

Enquanto sorri com cordialidade Dr. Marco diz:

1 - A primeira impressão é imprescindível para traçar os rumos da consulta e uma relação de confiança. É importante uma atmosfera amistosa e ao receber os pacientes. A cordialidade é um elemento básico para qualquer relacionamento.

2 - A apresentação do nome e da função do profissional é essencial, principalmente nos primeiros encontros. Isso transmite maior segurança e fortalece o vínculo.

3 - Não se deve menosprezar os acompanhantes. Eles podem ser importantes como fontes de dados e sua opinião pode influenciar a pessoa sob cuidados. O acompanhante em geral é um aliado, que pode participar do processo terapêutico.

4 - Percebe-se que o médico demonstrou à pessoa no primeiro minuto que ele lhe dedica sua atenção preferencial. Olhou para ela e evitou fazer outras tarefas no primeiro minuto da entrevista, como por exemplo, olhar a tela do computador ou ler a história clínica.

5 - Nos primeiros minutos da entrevista podem surgir falas e comentários que são autênticos diamantes em estado bruto. Se não soubermos os captar nesse momento, provavelmente não aparecerão novamente.

— Fique tranquila, o que estiver ao nosso alcance, iremos fazer para lhe ajudar. Me conte quais são esses seus problemas e suas preocupações **[6]**.

6- Nota-se que aqui o profissional explora o primeiro componente do MCCP, ao incluir a exploração da saúde e a experiência da doença.

Dona Herondina rapidamente retira uma folha de papel de sua bolsa, sendo acompanhada pelo olhar de reprovação do marido, e começa a falar:

— Então, doutor, eu tenho pressão alta, diabetes, colesterol alto, tireoide, artrite reumatoide, fibromialgia, osteoporose, osteoartrose, nódulos de mama, alterações na coluna, hérnia de disco, osteófitos, cegueira, hérnia de hiato, úlcera de duodeno e refluxo desde a infância. Além disso, agora comecei a sentir uma dor enjoada no meu ombro esquerdo, parece que eu não consigo nem encostar nele direito.

Seu marido logo começa a rir e diz:

— Você está ficando louca! Pára de fazer isso! Você não tem nada!

— É por isso que eu não queria que você tivesse vindo junto comigo na consulta!

Dr. Marco, então, interrompe e fala:

— Estou vendo que não estamos nos entendendo tão bem. Sr. Francisco, o que o senhor acha de aguardar um pouco lá fora para que eu possa conversar melhor com a dona Herondina, e depois se for o caso, o senhor retorna. O que acham? **[7]**

7- Muitas vezes é necessário usar a técnica de criar "outro" ambiente, em que separamos o paciente do acompanhante, com intuito de melhorar a anamnese e a relação terapêutica. No entanto, deve-se procurar fazer isso com toda cordialidade.

— Tudo bem - Francisco responde.

Prontamente, o marido se levanta e sai da sala.

— Melhor assim doutor, agora podemos continuar. Meu marido é muito implicante e eu não sei mais o que fazer. Será que o senhor consegue me ajudar?

— Dona Herondina, vamos nos organizar para não nos perdermos no seu cuidado **[8]**. A senhora tem certeza de que tem todas essas doenças? É muito raro encontrarmos tantas comorbidades em uma pessoa só. Talvez a gente precise reavaliar algumas delas para saber em que condição andam. O que a senhora toma de medicação todos os dias?

— Eu tomo Losartana, Omeprazol, Meloxicam a cada 12 horas, o da tireoide de 75 mcg, e a cada 6 meses tomo 1 injeção de células de porco na barriga. Além desses, tomo também chá de espinheira santa e chá de canela de velho.

— Células de porco?

— Sim, foi meu geriatra que prescreveu há muitos anos. Elas são muito caras e eu quase não tenho mais condições de comprar.

— A senhora está com a sua receita antiga aí? Posso dar uma olhada?

— Em sua receita antiga, constavam os seguintes medicamentos: Losartana 50 mg 1 cp a cada 12 horas, Omeprazol 20 mg 1 cp em jejum, Cilostazol 100 mg 1 cp a cada 12 horas, Metotrexato 2,5 mg 3 cp por semana, Prednisona 5mg 1 cp ao dia, Levotiroxina 75 mcg 1 cp pela manhã e Denosumabe 1 ampola a cada 6 meses.

— Então dona Herondina, na sua receita tem alguns medicamentos que a senhora não me falou. E outros que me falou e não estão aqui. Tem certeza desses nomes?

— Tenho sim, doutor. Tomo todos os que eu falei e nada mais.

Um momento de silêncio pairou no ar. Dr. Marco resolveu conversar mais, explorando o lado emocional de dona Herondina:

— E o como a senhora se sente com tantas questões que afetam sua saúde assim? **[9]**

— Doutor, eu me sinto com a cabeça agitada. Tenho muito medo de não conseguir aguentar e não poder fazer minhas coisas. Lembro dos pacientes que eu atendia que ficavam acamados e eu não quero isso pra mim de jeito nenhum! **[10]**

8 - Oportunidades para a empatia: para que a pessoa revele suas emoções mais profundas devemos dar a ela doses prévias de cordialidade algo como: "sinta-se em casa", «o que você disser será bem recebido e tratado com o máximo respeito".

9 - O médico avalia a experiência da doença ("illness") da pessoa, a qual é definida como a experiência pessoal e subjetiva de estar doente, e essa experiência, em geral, lida com sentimentos como medo, perda, solidão e traição.

10 - Aqui ela expõe os seus medos em relação aos efeitos da doença no seu funcionamento (F do SIFE – componente 1 do MMCP). A história de uma doença é, antes de tudo, a história da pessoa, tendo como protagonista o corpo e a própria pessoa.

— E por que a senhora acredita que poderia ficar acamada?

— Não sei, doutor. Só sei que tenho muito medo. Por isso prefiro me cuidar para não ter o risco, ainda mais sabendo que sou tão doente assim.

— Mas quem disse que a senhora tem todos esses problemas?

— Todas as vezes que eu consultava, tanto no postinho quanto no pronto socorro, eu ia anotando para não esquecer. Algumas vezes eu mesma fazia o diagnóstico porque sabia quais eram os sintomas.

— Entendi. E a senhora fez algum exame que ajudou nesses diagnósticos?

— Fiz sim doutor, até tenho eles em casa.

— Certo. E me conta mais sobre você, como é a sua vida?

— Ai doutor, eu não ando muito bem há um tempo... desde que meus filhos se mudaram para longe e estamos só eu e meu marido em casa, as coisas não estão fáceis. Meus filhos se casaram e não nos dão atenção. Eles têm a vida deles agora, eu sei, mas nunca mais ligaram nem vieram nos ver. E meu marido, também, desde que se aposentou está estressado e nós estamos brigando muito. Ele não me entende e não me ajuda. Ando muito sozinha.

— A senhora tem alguém que lhe ajude, que converse com a senhora?

— Tenho minha a vizinha Sônia, ela é muito minha amiga, mas agora também anda muito doente.

— E a senhora tem alguma hora de lazer em que sai de casa?

— Eu vou à igreja às vezes. Eu gosto muito, mas vou pouco. Antes eu participava bastante e era mais feliz. Verdade doutor, acho que preciso sair mais de casa.

— Isso Dona Herondina, essas redes de apoio ajudam. Pessoas da igreja, amigas e até mesmo grupos. Aqui na UBS nós temos o grupo de Convivência Café com Saúde. Toda semana o grupo se encontra, troca experiências e faz artesanatos. Você é nossa convidada!

— Ah que legal Dr., não sabia que existia isso. Vou começar a vir então! **[11]**

— Mais alguma coisa que não tenha comentado e que você gostaria de falar?

— Não doutor **[12]**.

— Certo, então eu posso te examinar?

Ela prontamente se levanta e vai até a maca.
Ao retornarem, Dr. Marco diz:

— Então vamos fazer algumas coisas para te ajudar. Primeiro quero organizar seus medicamentos, vou solicitar alguns exames e peço que traga na nossa próxima consulta os exames que têm em casa e os remédios que tem tomado, para organizarmos bem isso. Pensei também que podemos encaminhar a senhora para conversar com o nosso psicólogo da unidade, o Jackson. O que a senhora acha disso? Concorda em começarmos dessa maneira? **[13]**

— Concordo sim, doutor. E o senhor vai me prescrever mais algum remédio?

— Pelo contrário, Dona Herondina. Quero lhe avaliar bem para ver o que podemos tirar ou adaptar no seu tratamento.

— Que bom. Obrigada por ter me ouvido hoje Dr., só de desabafar já me sinto melhor.

— Eu me comprometo em dar o meu melhor para cuidar da senhora **[14]**.

Em seguida, o médico conversou por mais alguns momentos com dona Herondina, preencheu os papéis necessários e combinou que ela voltasse após 15 dias com os resultados dos exames e a sacola de medicamentos que tinha em casa. Dona Herondina, apesar de sentir-se ansiosa com seus problemas, pela primeira vez sentiu que poderia começar a resolver alguns deles.

11 - Com as últimas perguntas, o médico buscou explorar os aspectos do contexto de dona Herondina (componente 2 do MCCP): o ciclo de vida da família, a rede de apoio, lazer, religião e cultura.

12 - Nesse momento o médico utilizou o recurso de prevenção de demandas aditivas: "deseja consultar por mais alguma coisa?" ou "algo mais?". Às vezes é conveniente repetir a pergunta antes de sair da maca onde é feito o exame físico: "precisamos ver alguma outra coisa que você ainda não tenha comentado?".

13 - Nota-se que aqui o médico aplica o terceiro componente do MCCP - elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas. Quando médico e pessoa alcançam um acordo sobre o significado dos sintomas e sobre o tratamento, obtêm também mais satisfação e melhores resultados em saúde.

14 - O quarto componente do MCCP também foi utilizado: intensificando a relação entre a pessoa e o médico. O próprio relacionamento tem em si dimensões terapêuticas e pode promover a melhoria do senso de autoeficácia ou mesmo a cura. Atributos como a empatia, a compaixão e o cuidado, devem ser cultivados pois aumentam as chances de que a relação contribua para o projeto terapêutico acordado entre elas.

PARA ALÉM DE UMA LISTA DE PROBLEMAS

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) tem como um dos seus principais objetivos um tratamento humanizado, individualizado e integral às pessoas que procuram atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em qualquer outro local com oferta de serviços de saúde.

Durante a leitura do caso de Dona Herondina, em sua primeira consulta na UBS, foi possível perceber a aplicação do MCCP em diversos momentos. O médico Marco Aurélio, desde o início, a cumprimenta e se apresenta de forma cordial. Sabe-se que um cumprimento cordial pode ser tão importante quanto olhar com atenção para o paciente. Um sorriso, um comentário agradável ou o próprio tom de voz podem ser "marcadores de clima" de cordialidade, fatores importantes para fortalecer o vínculo desde o início da consulta[1].

O médico também acolhe a pessoa com frases como "*...hoje eu irei cuidar da senhora*", "*como posso lhe ajudar*?" ou "*fique tranquila, o que estiver ao nosso alcance, iremos fazer para ajudar*", as quais fomentam uma relação horizontal entre o profissional de saúde e a pessoa, contribuindo para maior satisfação, adesão aos tratamentos e melhora na saúde mental[2].

Na fase inicial da entrevista, Dr. Marco estimula dona Herondina a falar livremente. Os primeiros momentos do encontro, também conhecidos como *"golden minute"*, são cruciais, e quando se fala sem interrupções, há maior chance de medos e preocupações serem revelados, além de promover reconhecimento da pessoa como centro da consulta e estabelecer uma comunicação clínica efetiva[3].

Todas as pessoas que vêm ao consultório pré-elaboraram algum tipo de informação, têm um plano que mais ou menos diz: *"quando chegar ao consultório, vou dizer isso e aquilo"*. No diálogo estabelecido durante a consulta, a pessoa pode até mesmo escutar a si própria pela primeira vez, pois algumas pessoas não sabem se escutar ou elaborar seus próprios sentimentos (baixo *insight*) se não for em um diálogo real. Isso, por si só, já tem um caráter terapêutico[1].

Nesse caso, Dona Herondina traz consigo uma lista com diversos problemas de saúde, os quais foram diagnosticados por diferentes médicos ou até mesmo por ela, chamando a atenção para a visão da doença e do processo de adoecer pela sua experiência. Nesse cenário, é possível verificar uma das principais diferenças na abordagem do MCCP para o Método Clínico Tradicional. Desde outrora, muitos profissionais da saúde se preocupam diretamente com a doença, sem dar importância para a pessoa em si, o contexto na qual está inserida, seus costumes, cultura, sua rotina, saúde emocional, familiar, entre outros. Entretanto, Dr. Marco utiliza uma abordagem centrada na pessoa explorando a saúde, a doença e a experiência da doença e o contexto.

Além disso, diante do caso verificamos que uma escuta qualificada pelo médico, procurando compreender a história de vida da pessoa, com perguntas mais abertas e atento à comunicação. Isso permite que a pessoa fale aquilo que ela acredita ser relevante sobre o seu problema, e não apenas o que os profissionais desejam ouvir para classificar uma doença através do modelo biomédico.

Atrelado a isso, o médico tenta entender as relações afetivas e familiares, principalmente após vivenciar o conflito de Dona Herondina com seu marido no início da consulta. Ampliar o olhar para o contexto da família, do trabalho, das crenças e as vivências nas várias etapas que compõem o ciclo vital individual e familiar, talvez, seja um dos componentes mais importantes do Método Clínico Centrado na Pessoa. A partir dessas informações, pode-se estabelecer os diferentes contextos em que a pessoa vive. Elaborar o genograma familiar ou ecomapa ferramentas que permitem a ampliação da exploração do contexto, são estratégias interessantes para ampliação do cuidado em saúde[3].

Em sequência, foi possível compreender que o receio de Dona Herondina demonstrado no início da consulta, tem íntima relação com sua vivência anterior à aposentadoria, trabalhando como auxiliar de enfermagem, e essa era a sua experiência com a doença. Ela possuía muito medo de ficar acamada e necessitar de ajuda, e por essa questão demonstrava ansiedade para conseguir resolver seus problemas de saúde, o que é demonstrado na fala *"tenho muito medo de não conseguir aguentar e não poder fazer minhas coisas. Lembro dos pacientes que eu atendia que ficavam acamados e eu não quero isso pra mim de jeito nenhum!"*

A partir da abertura do médico para essas informações, foi possível enxergar que já se iniciou uma relação de confiança com a paciente. Mesmo após o marido taxá-la como louca, dona Herondina se sentiu confortável para descrever seus sentimentos após o médico ter percebido, em algum nível, que a ansiedade tinha relação com uma necessidade de se cuidar para manter uma saúde equilibrada. O profissional, ao adotar um olhar mais ampliado e compreensivo, permitiu que os motivos implícitos que a levaram até a UBS fossem revelados, de forma que dona Herondina não se sentisse pressionada ou amedrontada.

Atrelado à construção da relação de confiança médico-paciente, cabe ao médico, baseado na coordenação do cuidado e respeitando os princípios do SUS, incluir a equipe da Unidade de Saúde no plano terapêutico. Isso foi observado, quando o médico sugeriu a participação no grupo de Convivência da UBS e iniciar acompanhamento com o psicólogo, o que demonstra a prática da multidisciplinaridade. Nessa, diversos profissionais de saúde, de áreas como: enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, psicologia, entre outros, são envolvidos no cuidado, mas cada um atua dentro de sua especialidade, de forma isolada e fragmentada[4]. Entretanto, o ideal seria trabalhar na lógica da interdisciplinaridade, ou até mesmo da transdisciplinaridade. O atendimento interdisciplinar acontece quando esses profissionais se unem a fim de trabalharem em equipe propondo melhorias e criando

uma rede de proteção aos usuários, para um objetivo em comum: o bem-estar da pessoa sob cuidados, o que se torna imprescindível para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença[5].

Além disso, percebe-se no caso que o médico procura ajudá-la no processo de compreensão e resolução de seus problemas, pautado em decisões compartilhadas e não impondo tarefas e metas. Existem claras evidências de que os profissionais com um estilo mais participativo nas decisões, têm pacientes mais satisfeitos e seus pacientes mudam menos de profissional[1].

Foi possível perceber também que o contexto familiar em que Dona Herondina está inserida exerce uma influência significativa sobre a sua saúde. Ao ouvir a sua história, percebe-se uma relação conjugal conturbada e a falta de amparo na relação familiar com os filhos. Isso acaba por agravar o seu quadro emocional e, consequentemente, o modo com que enfrenta sua vida e sua saúde. Logo, é necessário que nos próximos encontros, com maior vínculo, seja abordada essa questão de sua relação com o marido, buscando compreender a dinâmica familiar com mais detalhes e entender como isso realmente a afeta.

Este caso demonstra, apesar de trazer uma relação extensa de doenças e medicamentos, que a relação familiar de dona Herondina e com o passado causam impacto direto em sua visão da própria saúde. O cuidado e os resultados do tratamento propostos pelo médico só terão repercussão positiva e consistente para dona Herondina se ambos conseguirem explorar todas as dimensões da sua experiência de adoecer, para então incorporar os tratamentos que façam sentido para sua saúde.

REFERÊNCIAS

1.Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.

2.Dohms M, Gusso G. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2021.

3.Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.

4.Medeiros PC, Melo GV, Silva AV, Freitas RE, Moura BC, Costa HC, Silva AO, Coutinho ED, Oliveira JA, Andrade CH, Silva RD, Santos RM, Silva RA, Azevedo SA. O atendimento interdisciplinar na Atenção Primária em Saúde - Revisão integrativa. Res Soc Dev [Internet]. 27 jan 2022.

5.Soares DD, Martins AM. Intersetorialidade e Interdisciplinaridade na Atenção Primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. Rev Baiana Saude Publica [Internet]. 14 abr 2018.

CAPÍTULO 7

VISITA AO SEU MANOEL

Data de aceite: 02/05/2024

Arlene Leite dos Santos Spengler
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Bianca Régis
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Carolina Machado
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Giovani Vendramin
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Giovanna André Cardoso
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí
Membro da gestão da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFaCo) da Universidade do Vale do Itajaí

Gustavo Monteiro Sordi
Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Natalie Duarte Pereira Voltolini
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Pâmela Emilyn dos Santos
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou
Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

A equipe de ESF da UBS Jardim dos Trabalhadores foi chamada para realizar uma visita em um de seus pacientes que agora estava restrito ao domicílio. Seu Manoel, 69 anos, viúvo, cuidador de dois filhos com transtornos mentais, havia pedido o encontro devido à alta hospitalar há 5 dias e à dificuldade de manejar a sonda vesical que estava utilizando desde então. Foram, portanto, ao seu encontro o Dr. João, a enfermeira Heloisa e a ACS Elis.

Ao chegarem no local, encontraram a casa bem suja, havia marcas de terra pelos cômodos, uma grande pilha de louças sobre a pia e lixo por todos os lados. Seus filhos estavam sentados na sala assistindo televisão e seu Manoel, com dificuldade, tentava caminhar enquanto recebia a equipe.

— Bom dia, seu Manoel, como o senhor está? - disse Heloisa.

— Eu estou bem, minha querida! Só tendo um pouco de dificuldade com a minha nova companheira - apontando para a bolsa. A casa está toda bagunçada, estou quase ficando maluco para conseguir cuidar dela e da casa, é difícil sabe? Ainda mais com os meninos e...

O médico prontamente o interrompe **[1]**, e pede para que a enfermeira Heloisa confira os sinais vitais do paciente.

— Seu Manoel, enquanto a Heloisa vai vendo sua pressão, me diz o que aconteceu para o senhor ser internado e precisar usar essa bolsa?

— Então doutor, eu também não sei direito. Ninguém me explicou. Só sei que fiquei com muita dor para urinar há uns 20 dias e me levaram para o pronto socorro. Acho que acabei internado por quase uma semana e quando saí ganhei esse presente. Esse daqui é o papel que me deram na saída para entregar no posto.

Seu Manoel então entrega um papel amassado à equipe. Era sua nota de alta e a contrarreferência do hospital para cuidados ambulatoriais: “Paciente permaneceu sob cuidados deste serviço de hospitalização por 8 dias, no qual, durante o período, foi descoberta uma massa de grande volume em topografia de próstata. Foi lhe prescrito uma sonda vesical de demora, para ser trocada quinzenalmente, a fim de facilitar o processo miccional e manter o canal uretral aberto. Paciente aguarda resultado de biópsia realizada e tem consulta agendada na próxima semana com oncologista para avaliação.”

1 - Seu Manoel estava no processo de abordar suas preocupações além de sua condição de saúde, ao ser interrompido pelo médico, sente que não há relevância em sua fala e decide não se expressar mais além do “necessário”. No modelo tradicional, interrupções fazem com que o médico perca preciosas oportunidades de explorar os sentimentos, as experiências e expectativas da pessoa.

O médico João então fala:

— Então seu Manoel, o que acontece é o seguinte: massa é quando existe um aumento de volume tecidual em uma região. No seu caso, provavelmente se trata de uma metaplasia **[2]** que se formou em cima da próstata. Assim, esse volume acaba obstruindo o canal urinário. Por isso te deixaram com essa sonda. Não podemos afirmar ou negar do que se trata essa metaplasia, se é um tumor ou não, dependemos do resultado da biópsia que já foi realizada. Até lá, o senhor vai ter que ficar com a sonda.

A enfermeira Heloisa então pergunta:

— Mas me conta uma coisa: o senhor ainda está sentindo alguma dor?

— Seu Manoel responde assustado:

— Então doutor, nos últimos dias senti dor sim sabe? Mas é que essa bolsa...

— O médico João interrompe a conversa novamente:

— Mas seu Manoel, como o senhor está fazendo para cuidar dessa bolsa?

— Então doutor, eu deixo ela penduradinha no elástico da roupa, mas na hora de fazer higiene ou de dormir eu tenho muitos problemas, porque ela sempre enrosca nas coisas e me machuca…

Seu Manoel é novamente interrompido quando o médico lhe dá uma advertência:

— O senhor jamais pode tentar tirar essa sonda, ok?! Caso contrário, o risco de se machucar ou ter uma infecção é enorme… o que vai complicar ainda mais a sua vida, te fazendo voltar para o hospital, podendo ficar muito mais tempo internado **[3]**.

O que a equipe não sabia era que ele já tinha tentado tirar a sonda, e esta era a causa de sua dor atual. Além disso, estava preocupado com um sangramento **[4]** que apareceu em sua roupa dias atrás. Contudo, por receio da reação da equipe, Seu Manoel resolve não contar o incidente. Agora, envergonhado e com medo de ser repreendido, não se expõe, se mantendo com dor e angustiado.

A equipe então conversa entre si e resolve fazer uma nova coleta de exame de urina **[5]**, para investigar se haveria alguma infecção em sua via urinária.

2 - O uso de termos técnicos como "metaplasia" pode confundir ainda mais o paciente, e contribuir para seu sofrimento. A ausência de rede de apoio, não saber o que aconteceu desde sua entrada no hospital até o presente momento, não saber o motivo de estar sondado, e não entender o que o médico explicou.

3 - Orientar e explicar os riscos de determinados comportamentos é imprescindível, mas fazer isso em tom de ameaça, ou castigo, aumenta o estresse, o medo e o sofrimento, além de colocar o sujeito em uma posição onde ele se sinta acuado, numa situação de maior vulnerabilidade.

4 - Desde o início da visita, Seu Manoel não se sentiu confortável para expor seus medos e inseguranças, devido às diversas interrupções e ao tom utilizado pelo médico em alguns momentos.

5 - Embora seja importante a realização de exames para melhor avaliar o caso, tudo que Seu Manoel escuta é "você precisa fazer isso". As orientações são dadas sem explorar sua realidade, tornando seu processo de adoecimento ainda mais desafiador. O sujeito também deve ser protagonista do cuidado, pois é ele quem entende "da sua vida".

— Seu Manoel, esta dor aí pode ser uma infecção urinária. Vamos ter que fazer mais alguns exames para confirmar o caso. Quando os resultados estiverem prontos, preciso que leve na unidade para analisarmos. Tente levar um dos meninos para te ajudar **[6]**; o senhor é idoso e precisa de um acompanhante caso ocorra algo. Não esqueça também de trocar a sonda quinzenalmente **[7]**.

— Mas Doutor, esses exames são realmente necessários? Não posso sair com tanta frequência, meus filhos são doentes e precisam de mim.

— A enfermeira então intervém:

— O senhor precisa achar alguém para resolver essa situação, a sua saúde também é importante! Percebi no seu prontuário que você tem outra filha, certo? Chame ela para cuidar dos irmãos ou levar o senhor até a unidade.

O senhor de 69 anos então, se entristece por lembrar de sua filha que não vê há anos. Resolveu não falar nada, ia ter que dar um jeito de outra forma. Preferiu não contar todos os problemas familiares que passara desde a morte de sua esposa há 10 anos, pois achava que a equipe não iria queria saber de sua vida. Era inviável fazer contato com sua filha, ela já tinha os seus próprios problemas e ele não gostaria de ser mais um. A equipe então, encerrando o atendimento:

— Bom seu Manoel, agora que já resolvemos o problema do senhor, vamos indo. Não esqueça de levar o resultado da biópsia e do exame de urina.

— Ok, Doutor! Mas e a bolsa? Terei que ficar com ela? - Pergunta um pouco aflito.

— Sim, já expliquei que ela é muito importante e não pode ser removida **[8]**. Até resolvermos essa questão da próstata, você terá que usar a bolsa - disse o médico.

— Se dirigindo até a porta, continua:

— Bom, nossa visita aqui está finalizada **[9]**, não esqueça de seguir à risca todas as orientações passadas hoje. Até nossa próxima consulta!

O paciente então se despede do médico, da enfermeira e da ACS. Tenta procurar soluções para fazer o que a equipe pediu, porém sabe que provavelmente está mais uma vez sozinho nessa, sem muita perspectiva de melhora na qualidade de vida ou reaproximação com sua filha.

6 - Apesar de saber da condição dos filhos e a impossibilidade de eles cuidarem de Seu Manoel, o médico sugere que o levem na unidade. No modelo tradicional, o paciente não é considerado em seu contexto. No MCCP, o componente 2 aborda a importância de entender a pessoa como um todo – o indivíduo, a família, o contexto.

7 - Realizar orientações sem contextualizar coloca o paciente como passivo diante de seu adoecimento, desrespeitando sua autonomia e importância diante do processo saúde-doença. O orientar com informações mais detalhadas o ajuda a de fato entender o porquê da necessidade, o que colabora para a construção de um autocuidado e uma autoeficácia coesos.

8 - Diálogo em tom impaciente e impositivo por parte do médico, fere o vínculo e fragiliza ainda mais a pessoa.

9 - Ao finalizar uma consulta, é recomendado revisar com a pessoa principais tópicos do encontro, para identificar possíveis dúvidas e angústias e saná-las, estreitando o vínculo, e assegurando a compreensão diante de tudo que foi abordado. A última fala foi bastante prescritiva, não incluindo seu Manoel no manejo dos problemas, não compartilhando o cuidado.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

A equipe de ESF da UBS Jardim dos Trabalhadores foi chamada para realizar uma visita em um de seus pacientes que agora estava restrito ao domicílio. Seu Manoel, 69 anos, viúvo, cuidador de dois filhos com transtornos mentais, havia pedido o encontro devido à alta hospitalar há 5 dias e a dificuldades de manejar a sonda vesical que estava utilizando desde então. Prontamente, Dr. Marco Aurélio, a enfermeira Heloisa e a ACS Elis foram até sua casa para ver como poderiam o ajudar.

Ao chegarem no local, perceberam que a situação realmente estava complicada para a família. A casa encontrava-se bem suja, havia marcas de terra pelos cômodos, uma grande pilha de louças sobre a pia e lixo por todos os lados. Seus filhos estavam sentados na sala assistindo televisão e seu Manoel, com dificuldade, tentava caminhar enquanto recebia a equipe.

> — Bom dia, seu Manoel, como o senhor está? - disse a enfermeira Heloisa.
>
> — Eu estou bem, minha querida! Só tendo um pouco de dificuldade com a minha nova companheira - apontando para a bolsa coletora. A casa está toda bagunçada, estou quase ficando maluco para conseguir cuidar dela e da casa, é difícil sabe? Ainda mais com os meninos e a dificuldade que eles têm. Normalmente eu até que consigo dar conta de tudo, mas agora desse jeito está difícil.

Doutor Marco Aurélio então se senta ao lado de seu Manoel, procurando tentar entender melhor o que estava acontecendo ali, uma vez que nos últimos encontros com ele não havia relatado nenhuma queixa urinária ou relacionada.

> — Mas seu Manoel, me conta o que aconteceu para o senhor ser internado e precisar usar essa bolsa. Lembro que nas últimas vezes que nos encontramos o Sr. estava bem, sem incômodo para urinar nem nada.
>
> — Então doutor, eu também não sei direito. Ninguém me explicou. Só sei que fiquei com muita dor para urinar há uns 20 dias e me levaram para o pronto socorro. Acho que acabei internado por quase uma semana e quando saí ganhei esse presente. Esse daqui é o papel que me deram na saúde para entregar no posto.

Seu Manoel, então, com um semblante de preocupação, entrega um papel muito amassado à equipe.

Antes de ler o papel, o médico pergunta, ao perceber seu semblante:

— E como está se sentindo desde que chegou do hospital? Como tem sido esse período para o senhor? **[1]**

— Ahh doutor, o senhor sabe como é né... tem as coisas de casa para fazer, tem os meninos que dependem de mim para tudo. Tem sido bem complicado, essa bolsa me incomoda, até me estressei com ela esses dias. Não tenho dormido direito, fome e sede praticamente nem sinto. Estou meio sem saber o que fazer daqui em diante. E se acontecer alguma coisa comigo, como eles vão ficar? E se eu precisar ir para o hospital de novo? E se eu me for? – com a garganta embargada, seu Manoel se emociona e abaixa a cabeça.

— Seu Manoel, nós entendemos que esse momento deve estar sendo muito difícil para o senhor, mas saiba que nós estamos aqui para ajudar em tudo que estiver ao nosso alcance. Vamos por partes, pode ser? – disse o médico enquanto segurava as mãos de Manoel, que assente com a cabeça.

1 - A estratégia de utilizar perguntas abertas possibilita ao profissional explorar componente 1 do MCCP: seus sentimentos e ideias diante do que está acontecendo, e suas expectativas diante da equipe profissional. Além disso, demonstra-se a importância de valendo-se de mecanismos de escuta ativa e acolhimento, sem interrupções, aproveitar o "golden minute".

O papel era a nota de alta e a contrarreferência do hospital para cuidados ambulatoriais. Dizia: "Paciente permaneceu sob cuidados deste serviço de hospitalização por 8 dias, no qual, durante o período, foi descoberta uma massa de grande volume em topografia da próstata. Foi-lhe prescrito uma sonda vesical de demora, para ser trocada quinzenalmente, a fim de facilitar o processo miccional e manter canal uretral aberto. Paciente aguarda resultado de biópsia realizada e tem consulta agendada na próxima semana com oncologista para avaliação."

O médico, surpreso com o que havia lido, pergunta:

— O senhor chegou a ler alguma coisa dessa carta, seu Manoel? O que o senhor entendeu do que está escrito aqui? **[2]**.

— Eu li, doutor, mas não entendi nada. Fala alguma coisa de massa, mas o que é isso?

— Seu Manoel, massa é quando existe um aumento de volume em uma região. Como se algumas células do nosso corpo começassem a se dividir demais, formando um volume que não deveria estar ali. No caso do senhor, esse volume está na próstata, e devido a localização acaba fechando o canal da urina. Por isso deixaram o senhor com essa sonda, para que esse canal da urina fique aberto, e facilite para o senhor conseguir eliminar urina. Por mais desconfortável que seja, ela está ajudando o senhor **[3]**.

2 - Perguntar à pessoa o que ela entendeu do exame abre espaços para sanar possíveis dúvidas, fazendo com que se envolva no próprio processo de cuidado. O médico entende e a respeita como ativa no processo, validando sua autonomia e sua experiência com a doença. Aborda o componente 1 do MCCP – as ideias, principalmente.

3 - É de fundamental importância não apenas explicar para Seu Manoel o que está acontecendo, como também de que maneira isso se aplica ao caso dele para tornar a explicação mais concreta.

— Mas isso é alguma doença ruim?

— Não podemos dizer que sim e nem que não nesse momento, a gente depende ainda do resultado da biópsia que o senhor já realizou.

— Mas me conte... como o senhor está fazendo para cuidar dessa bolsa? – questiona Heloisa.

— Então doutora, eu deixo ela penduradinha no elástico da roupa, mas na hora de fazer a higiene ou de dormir, eu tenho muitos problemas, porque ela sempre enrosca nas coisas e me machuca. Esses dias eu me senti tão mal com ela que tentei até arrancar, mas doeu tanto que desisti. Chegou até sair um pouco de sangue depois na roupa.

— Seu Manoel, o senhor não pode fazer isso, ela tem um balãozinho na ponta, que fica lá dentro da sua bexiga que serve justamente para impedir que ela saia **[4]**. Se puxar demais, mesmo que por acidente, além de ela não sair, vai machucar mais e mais o canal por onde ela está inserida, tem risco de o senhor ter uma infecção urinária também. Nós entendemos que é incômodo demais, mas é para o bem do senhor. Vamos avaliar a situação e tentar te ajudar.

Após a explicação, Heloisa pesquisa em seu celular e mostra para seu Manoel uma foto da sonda com o balonete inflado, tornando a explicação ainda mais clara e visual.

O médico e a enfermeira foram com Seu Manoel até sua cama para avaliarem melhor o quadro. Seu quarto também estava bastante bagunçado, roupas estavam espalhadas no chão e tinha muita poeira por cima dos móveis.

— Há quanto tempo sua casa está assim? - perguntou Heloisa.

— Acho que desde que fiquei doente não consegui fazer mais nada e os meninos não sabem fazer também.

— Seu Manoel, isso pode prejudicar mais ainda a saúde do senhor.

4 - A enfermeira explica, sem repreender ou ameaçá-lo, o motivo pelo qual a sonda não saiu, e orienta acerca dos possíveis riscos caso ocorra novamente. Se a pessoa souber como as coisas funcionam, o porquê delas, como por exemplo, a existência do balonete na sonda, a tendência é que ela compreenda a importância para a sua saúde e faça adesão mais consciente ao tratamento.

— Eu sei minha filha. Mas não tenho ninguém que possa fazer isso por mim. Sou viúvo há quase 10 anos, os meninos aqui não conseguem me ajudar, as filhas não querem saber de nada, os outros parentes que eu tinha contato morreram e os amigos estão na mesma situação de dificuldade **[5]**.

— O senhor tem alguma filha que more aqui na cidade ou em algum lugar próximo? **[6]**

— Tenho sim, a Gisele. Ela trabalha naquela firma nova de materiais de construção que abriu perto da igreja.

— Entendi. E o senhor tem o número de telefone dela? **[6]**

— Eu tenho, fica anotado no papel que está colado na porta da geladeira.

— Tudo bem. Mais tarde damos uma olhadinha lá. Vamos primeiro avaliar a situação da sua sonda, pode ser? **[6]**

Os profissionais avaliaram o dispositivo, realizaram higienização local e fizeram algumas orientações. Na saída do quarto, enquanto Seu Manoel se arrumava, Heloisa chamou a ACS Elis que aguardava na sala para lhe explicar a situação.

— Elis, precisamos tentar encontrar uma rede de apoio para o seu Manoel. Da maneira como as coisas estão acontecendo, ficamos com receio dele piorar. Ele está com dificuldade para se locomover, realizar os cuidados pessoais e isso pode gerar complicações no futuro. Ele nos disse que tem uma outra filha que também mora na cidade. O telefone parece que está anotado na porta da geladeira. Você consegue tentar fazer contato quando voltarmos para a unidade?

— Com certeza. Vou pegar o nome completo e o telefone dela e assim que voltarmos eu já ligo. Vocês gostariam que a gente combinasse uma reunião familiar para explicar melhor tudo?

— Pode ser. Vamos já falar isso para o seu Manoel também.

Todos retornaram na sala para uma última conversa antes de irem embora. Doutor Marco Aurélio então disse:

5 - Com o MCCP, conseguimos notar a confiança que Seu Manoel tem para com a equipe. A equipe entende que seu processo de adoecimento vai além das queixas físicas, identifica e explora as queixas sociais com a mesma relevância, e em contrapartida, seu Manoel se sente confortável e acolhido para expor seus problemas. Com o componente 2, explorando seu contexto, fica nítido que as doenças do corpo físico representam apenas uma das múltiplas dimensões do ser.

6 - Existe uma diferença gritante entre a abordagem ocorrida na primeira situação e a ocorrida aqui. Em vez de dizer "O senhor precisa resolver isso!", a enfermeira foi gradualmente fazendo perguntas simples, respeitando a liberdade que seu Manoel lhe deu para abordar esse assunto dolorido, sem forçá-lo a falar sobre. Valendo-se uma abordagem mais sutil, Heloisa aborda a situação pensando em como ajudar a resolvê-la.

— Seu Manoel, vamos então combinar uma coisa: a Elis vai ficar com o telefone de sua filha Gisele. Assim que chegarmos na unidade, ela vai tentar fazer contato. A gente sabe que ela, apesar de também ter a sua realidade, pode contribuir mais com o cuidado da família, principalmente em momentos como esse, que o senhor precisa um pouco mais de ajuda. Assim que sair o resultado da sua biópsia, peço que o senhor entre em contato novamente para conversarmos e, fora isso, quando derem os quinze dias da sonda, é muito importante que o senhor vá até a unidade para fazermos a troca. Caso o senhor não consiga ir, nos avise que nós vamos até o senhor. Deixamos na porta da geladeira um papel com os dias em que a sonda precisa ser trocada. Tudo bem? **[7]**.

— Tudo sim.

— O senhor tem outras dúvidas ou quer dividir mais alguma coisa com a gente? **[8]**

— Acho que não. Por enquanto, era isso que tava me deixando preocupado. Mas acho que com as explicações que vocês me deram vai tudo ficar um pouco mais fácil. E, só de saber que vão tentar falar com a Gisele, isso já me deixa mais tranquilo.

— Que bom! Qualquer outra coisa, estaremos à disposição para lhe ajudar. Fique bem, seu Manoel!

7 - Não foram feitas imposições de coisas que necessitam de mudanças. Na fala do médico é possível observar como a ausência de rede de apoio foi abordada como fator de adoecimento e incluída no plano terapêutico. Além disso, a utilização de termos como 'vamos combinar uma coisa', 'peço que o senhor', 'é muito importante que', 'tudo bem?', posiciona a pessoa como ativa em seu plano de cuidados. A tomada de decisões deve ser compartilhada, oferecendo opções que envolvam a pessoa na formulação do plano terapêutico (componente 3).

8 - Ao final da consulta, com essa abordagem, abre-se espaço para que a pessoa tenha liberdade e se sinta confortável para expor suas dúvidas e medo, caso os tenha. Valendo-se do componente 4, há o fortalecimento da relação médico pessoa.

DEMANDAS (IN)VISÍVEIS

Toda pessoa que busca atendimento o faz por se encontrar com algum tipo de fragilidade, e durante a consulta busca expor essa vulnerabilidade com a finalidade de que o médico, juntamente com a equipe de saúde, ajude na resolução de seus anseios.

Um estudo publicado em 2017, conduzido por Phillips e Ospina[1], aponta que médicos escutam as queixas de seus pacientes no início da consulta em média por 18 a 23 segundos antes de interrompê-los. Esse comportamento colabora para fragilizar o vínculo e a relação médico-pessoa. Além disso, a má comunicação entre médicos e pacientes, bem como a ausência de escuta ativa por parte dos profissionais comumente resulta em queixas que não são detectadas, o que consequentemente reduz a adesão ao tratamento proposto.

Em um primeiro momento, na abordagem centrada na pessoa, escutando e entendendo o problema do Seu Manoel, é possível diferenciar suas demandas em explícitas, que são as características que a pessoa expõe abertamente, e as não-explícitas, aquelas que são perceptíveis embora o paciente não as relate.

A partir do caso do Seu Manoel, é possível entender como demandas explícitas a sua queixa com a bolsa coletora de urina, a questão de cuidar dos filhos com deficiência e por último a solidão, pelo fato de ser viúvo e ter sido negligenciado pela família, especificamente pelas filhas. Como demandas não explícitas, pode-se citar o local em que está inserido, a situação da casa em que ele vive, a dificuldade em ser a única fonte de renda e provedor da casa e a necessidade de uma rede de apoio para auxiliá-lo com os seus problemas, ou seja, sua vulnerabilidade social. Percebeu-se, sua condição de fragilidade social só foi revelada com a ampliação do método tradicional, centrado na doença, para o centrado na pessoa.

Entendendo os sujeitos como multifacetados e dotados de contextos, tem-se a ideia de contextos próximo e amplo. Os fatores do contexto próximo incluem família, segurança financeira, educação, emprego, lazer e apoio social. Já o entendimento do contexto amplo exige que se considere não apenas os determinantes sociais da saúde, mas também os desafios e oportunidades para os cuidados de saúde contidos nas agendas, regulações legais e políticas de organizações internacionais, nacionais, estaduais, municipais e profissionais[2].

Frente a esse contexto, a sensibilidade e a visão ampliada da clínica são essenciais para o prognóstico do paciente. A boa evolução de Seu Manoel não está condicionada apenas à doença, e sim a todas as demandas além do biológico.

Ao ampliar o entendimento de contexto proposto por Stewart e colaboradores[2], e considerar o macrocontexto econômico e social, tem-se o modo de produção (no caso do Brasil, o sistema capitalista), como principal fator determinante do processo saúde-doença. Portanto, as causas de adoecimento e morte estão relacionadas ao modo com que organizamos nossa vida enquanto sociedade, regida pelo modelo econômico. Nesse

sentido, o modo como as pessoas adoecem depende da posição social que ocupam. Para ilustrar, no Brasil, pobres morrem mais que ricos, e negros morrem mais que brancos.

Os fatores que compõem a situação de vulnerabilidade de Seu Manoel e seus filhos seriam facilmente atenuados caso os sujeitos estivessem em posição social mais favorável. Entretanto, Seu Manoel não tem condições de trabalhar e com sua aposentadoria sustenta um grupo familiar composto por 3 adultos (dois deles, que por possuírem necessidades especiais, demandam maiores cuidados, e por conseguinte, mais recursos financeiros).

Diante de casos como esse, ficam questionamentos: Como é possível pensar em saúde e felicidade sem ter acesso a itens básicos para sobreviver com o mínimo de qualidade? Uma vida de "mínimos", mesmo com ausência de "doenças" biológicas, é uma vida com saúde?

O sintoma físico - a dor ao urinar por conta do cateter vesical, seria facilmente evitado se as condições de vida de Seu Manoel permitissem maior dignidade e conforto. Ele não é responsável somente pela própria saúde e existência, mas também pela de seus filhos. Não possui rede de apoio e suas condições financeiras são insuficientes. Fosse Seu Manoel um senhor de outra classe social, teria o mesmo processo de adoecimento? Fica claro, diante do macrocontexto, que sua doença não é apenas biológica, mas sim determinada socialmente.

OBTENDO UM SALDO MAIS POSITIVO COM O MCCP

Para transpor a tarefa biomédica de diagnosticar doenças e ampliar a clínica com o MCCP é preciso construir uma parceria médico-pessoa, na qual a base será a confiança, a empatia e o respeito mútuo. Tal relação deve considerar as individualidades, o contexto e o ambiente que levaram ao adoecer. Desse modo, o fato de o Seu Manoel desconhecer seu diagnóstico, não impediu que a equipe da ESF pudesse ajudá-lo; pelo contrário, a construção de um plano de manejo dos problemas foi feita de maneira conjunta, com o sujeito participando ativamente.

Nesse sentido, Seu Manoel conseguiu ter liberdade e confiança para fazer perguntas e colocações que refletiam seus valores e necessidades, contribuindo com a identificação do diagnóstico ampliado. Isso foi evidenciando quando a equipe questionava o quanto o seu Manoel sabia sobre sua condição, e se ele compreendeu os dizeres da carta de encaminhamento, bem como o pedido de biópsia. Além disso, a intersecção entre as duas perspectivas, onde Seu Manoel é especialista em sua própria vida e o médico é especialista em informações sobre saúde e doença, propicia a compreensão da história de forma mais rica, o que favorece um manejo eficaz do problema.

Assim, além do problema central, ficaram definidas as prioridades e os papéis, caracterizados na preocupação da equipe em localizar a filha Gisele, em seguir com os protocolos relacionados à sonda, e privilegiando a compreensão de sua condição social

e de saúde, que são interdependentes. Tal condução, frente às demandas do caso (tanto as verbalizadas quanto as do ambiente e contexto) tira a pessoa da invisibilidade, fazendo com que se sinta percebida de forma singular e integral. Por fim, o torna consciente de seu prognóstico, o que melhora sua saúde emocional e a adesão ao tratamento.

Percebe-se que a abordagem biomédica, ainda que por vezes resolutiva, é insuficiente para lidar com as complexidades do ser humano. Aderir ao Método Clínico Centrado na Pessoa pode não só transformar a maneira na qual cuidamos, mas também ampliar a percepção do que é doença para cada um de nós.

O MCCP é um método que, ao valer-se de uma abordagem ampliada, respeita a autonomia e a individualidade das pessoas e seu contexto, enquanto possibilita o atendimento de forma integral e com um olhar atento às suas necessidades, opiniões, percepções e cultura[2].

A saúde não deve ser vista apenas como a ausência de doença, mas sim, como a intersecção de todos os aspectos quem envolvem a vida da pessoa, incluindo o modo de produção econômico o qual está submetida e a posição social que ocupa dentro dele.

REFERÊNCIAS

1. Phillips KA, Ospina NS. Physicians Interrupting Patients. JAMA. 2017 Jul 4;318(1):93.

2. Stewart M, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, McWhinney IR, McWilliam CL, R.Freeman T. Medicina Centrada na Pessoa. Artmed Editora; 2017.

CAPÍTULO 8

UMA TROCA COM MAURÍCIO

Data de aceite: 02/05/2024

Ana Beatriz Elicker Busato
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Ângela Mezari Grigol
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Beatriz Mello Vidal
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Carolina Machado
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Cassieli Braun dos Santos
Médica de Família e Comunidade
Pós-graduanda em Educação Permanente para Atenção Primária à Saúde com Enfoque nas Residências em Saúde

Fernanda Rebelato Mozzato
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Jair Josué Laurentino dos Reis
Médico egresso da Universidade do Vale do Itajaí

Victória Maffezzolli Silva
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou
Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Na manhã de uma segunda-feira, Maurício, 47 anos, marceneiro, casado há 25 anos, vai à UBS Jardim dos Trabalhadores para consulta – agendada pela sua esposa – com o médico, Dr. João Paulo.

— Bom dia, Maurício, como vai? Qual a sua queixa hoje? **[1]**

— Bom dia, doutor. Comigo está tudo bem, graças ao bom Deus! Sabe, doutor… a mulher que fica colocando coisas na cabeça da gente. Disse para eu marcar consulta para fazer uns exames de rotina, da próstata, pois a idade "tá batendo" e já tenho 47 anos... Ela ficava insistindo, eu não dava muita bola, faz anos que não vejo um doutor. – O paciente abaixa a cabeça e fica olhando as mãos mexendo.

— E o senhor tem algum sintoma? **[2]**

— Não doutor, me sinto como um garoto! Tenho disposição, como bem, durmo bem, não tenho nenhuma dor. Tem dias que carrego umas tábuas de quase 50 kg, coisa que muito garotão lá da firma não dá conta.

— Que bom, Maurício! Isso é muito importante. Preciso fazer algumas perguntas mais direcionadas para o senhor, para que possamos decidir quais as melhores condutas. O senhor toma algum medicamento contínuo? Tem algum problema de saúde na família? **[3]**

— Não, doutor, não tomo nada. De vez em quando, quando o serviço está muito pesado, tomo um remedinho para dor nas costas… coisa que a mulher dá para mim. Doença na minha família não sei muito bem, mas câncer sei que ninguém tem, graças a Deus! Meu pai teve um derrame e minha mãe acho que toma remédio para pressão alta.

— Tudo bem, seu Maurício. Vou examiná-lo então.

PA: 140 x 100 mmHg, Peso 89 kg, Altura 168 cm, FC 84 bpm.

AC: RR, 2 tempos, sem sopros, bulhas normofonéticas.

AP: MV presente, simétrico, sem ruídos adventícios.

Abdome: globoso, flácido, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias. Circunferência abdominal 102 cm.

1 - Definir o motivo da consulta é sempre importante após o uso de uma pergunta aberta ("como vai?", "como está?"), para que entendamos o que levou o paciente até nós. Um ajuste "fino" é bem-vindo: não inferir que a razão seja uma "queixa", visto que há outros motivos capazes de justificar uma consulta médica.

2 - Aqui o médico deixa de explorar a linguagem não verbal que o paciente expressa através de certa inquietude, decisão consequente do direcionamento à doença pelo método clínico convencional. O valor do primeiro minuto não está apenas naquilo que é dito pela pessoa à nossa frente, mas todos os detalhes nos informam.

3 - É mais interessante perguntar se o paciente "toma remédio para alguma coisa todos os dias", porque nem todos os pacientes sabem o que é medicamento contínuo. Além disso, estamos explorando o risco de neoplasia de próstata, então direcionar a pergunta para histórico de câncer vai ser mais preciso.

Pulsos periféricos presentes e simétricos.

— E, então, tá tudo bem comigo, doutor?

— Algumas coisas me chamaram a atenção… como a sua pressão, que está um pouquinho aumentada, seu peso e o tamanho da barriga.

— A barriguinha veio do casamento, sabe como é né… E o senhor não vai fazer aquele exame? Aquele… sabe… do toque?

— Não, seu Maurício, não é necessário **[4]**. Hoje em dia não fazemos mais esse tipo de exame para todos os pacientes. O senhor não precisa fazer **[4]**. Vou pedir alguns exames de sangue e um controle pressórico diário.

— Ufa! Eu nem queria fazer mesmo, mas a família e os amigos insistem para que a gente faça todos os exames. O exame de sangue eu faço, doutor, já me preparei para isso. Mas como é esse controle da pressão?

— O senhor precisa vir ao posto de saúde para que a equipe de enfermagem verifique sua pressão. É importante o senhor fazer repouso de pelo menos 15 minutos, se vier a pé ou de bicicleta, não estar com a bexiga cheia, não ter tomado café… eu escrevo tudo certinho junto com o pedido.

— Ah, ainda bem que peguei férias nesse mês, vou conseguir fazer o controle.

— Ótimo! Estou pedindo somente os exames que considero **[5]** necessários para o seu caso e estou dando a carteirinha de controle da pressão, para o senhor fazer como a gente combinou. Gostaria de ver o senhor com isso pronto entre 10 a 15 dias. Ficou alguma dúvida?

— Nada, doutor. Vou conseguir fazer tudo como combinamos e já vou marcar um retorno.

— Certo, Maurício! Aguardo seu retorno com os exames e, se antes disso o senhor precisar, estou aqui no posto todos os dias. Aproveite as férias!

— Obrigado, doutor Marco. Um bom dia para o senhor e um ótimo trabalho!

4 - Em certas situações, definir a necessidade de um exame, procedimento, tratamento, vai além das indicações clínicas e da decisão (somente) médica. O método clínico tradicional centraliza as decisões sob o médico e não explora as expectativas do paciente, deixando-o de fora da construção do plano de cuidado. Ele também pode vir a falhar na comunicação de suas escolhas, ao evitar explicações e justificativas, e privar o paciente do entendimento de sua situação.

5 - Novamente expressa-se a centralização da decisão sob o médico, o que ele "considera" necessário, ainda que ao final questiona se o paciente compreendeu "sua decisão".

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Na manhã de uma segunda-feira, Maurício, 47 anos, marceneiro, casado há 25 anos, vai à UBS Jardim dos Trabalhadores para consulta – agendada pela sua esposa – com o médico de Família, Dr. Marco Aurélio.

— Bom dia, Maurício, entre e fique à vontade. Quanto tempo não o vejo, como está? Como posso ajudar hoje? **[1]**

— Bom dia, doutor. Comigo está tudo bem, graças ao bom Deus! Sabe, doutor..., a mulher que fica colocando coisas na cabeça da gente. Disse para eu marcar consulta para fazer uns exames de rotina, da próstata, pois a idade "tá batendo" e já tenho 47 anos. Ela ficava insistindo, eu não dava muita bola, faz anos que não vejo um doutor. – O paciente abaixa a cabeça e fica olhando as mãos, mexendo.

— Entendo perfeitamente, Maurício. Eu observei que o senhor ficou um pouco mais quieto, olhando pra essas mãos aí... o que está te incomodando, lá no fundo? **[2]**

— É que assim, doutor: teve um colega lá na firma, o Antônio, filho da dona Marcela, que teve uns problemas com a próstata, e agora tá usando fralda **[3]**. Daí a gente fica meio assim, né...

— Ah, entendo, realmente isso pode ser algo preocupante. E esse Antônio, ele reclamava de algo? Algum sintoma urinário?

— Nada, doutor! Era um cara muito "pra frente", reclamava só da velha dor nas costas de tanto trabalhar. Parece que nesses exames de rotina, veio algo alterado na próstata... até aquilo de tirar um pedaço, foi feito, como é o nome mesmo?

— Chamamos de biópsia, é um estudo mais específico que só fazemos em casos de grande suspeita de algo "do mal" **[4]**. E o senhor, percebeu algo de diferente na hora de urinar, ou até mesmo na hora de ter relações sexuais? Tem que fazer "força" pra fazer xixi? Parece que ficou um pouco de xixi pra trás depois de urinar?

— Não doutor, me sinto como um garoto! Tenho disposição, como bem, durmo bem e o xixi sai *tranquilo*.

1 - Com essa pergunta nos afastamos de um raciocínio baseado em doenças, e focamos nas maneiras de ajudar o paciente. Além disso, é uma pergunta aberta, ideal para iniciar qualquer consulta.

2 - Conforme criamos intimidade com a pessoa, é válido "confrontá-lo" com evidências da linguagem não-verbal. Isso facilita para ela falar o que realmente está lhe incomodando, e entra na compreensão da experiência da doença - componente 1 do MCCP.

3 - Grande parte da população utiliza evidências anedóticas, ou seja, conclusões baseadas em experiências e observações pessoais, bem como casos isolados, altamente subjetivos e com desfechos intensamente positivos ou negativos - catastróficos. A partir do componente 1 do MCCP pode-se explorar estes aspectos.

4 - É válido, neste contexto, explicar a finalidade do exame, e em quais situações ele é solicitado - utilizando, inclusive, uma linguagem coloquial, para facilitar a compreensão. Encher o paciente de informações sobre metodologia do exame, e outros detalhes, não vem ao caso, pois muito pouco do que foi falado será retido pelo paciente.

— Que bom, Maurício! Isso é muito importante. Preciso fazer algumas perguntas mais direcionadas para o senhor, para que possamos decidir quais as melhores condutas. O senhor toma algum medicamento todos os dias? Tem histórico de câncer na família? **[5]**

— Não, doutor, não tomo nada. De vez em quando, quando o serviço está muito pesado, tomo um remedinho para dor nas costas… coisa que a mulher dá para mim. Doença na minha família não sei muito bem, mas câncer sei que ninguém tem, graças a Deus! Meu pai teve um derrame e minha mãe acho que toma remédio para pressão alta.

— Certo, seu Maurício. Podemos passar para o exame físico?

PA: 140 x 100 mmHg, Peso 89 kg, Altura 168 cm, FC 84 bpm

AC: RR, 2 tempos, sem sopros, bulhas normofonéticas.

AP: MV presente, simétrico, sem ruídos adventícios.

Abdome: globoso, flácido, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias. Circunferência abdominal 102 cm.

Pulsos periféricos presentes e simétricos.

— E, então, tá tudo bem comigo, doutor?

— A meu ver, sim! E para o senhor, está tudo bem? **[6]**

— Acho que sim… – olha surpreso para o médico.

— Algumas coisas me chamaram a atenção… como a sua pressão, que está um pouquinho aumentada, seu peso e o tamanho da barriga.

— A barriguinha veio do casamento, sabe como é né… E o senhor não vai fazer aquele exame? Aquele… sabe… do toque?

— Não, seu Maurício, não há indicação, vou lhe explicar **[7]**. Marco Aurélio confere se seu Maurício está atento e continua – Hoje em dia não fazemos mais esse tipo de exame para todos os pacientes, principalmente para quem não tem sintomas, como o senhor.

Na realidade, não se recomenda mais a realização de exames de rotina para câncer de próstata para todos os homens. Sei que a mídia e a família podem falar outras coisas, mas atualmente é bem estabelecido que há mais riscos em fazer o exame, seja ele de sangue ou toque retal, em homens saudáveis

5 - Aqui, uma simples troca de palavras facilitou a compreensão e o raciocínio de Maurício trazendo informações relevantes para a coleta de dados, sem, no entanto, ser mecânico e biologicista.

6 - É interessante jogar esta pergunta de volta para a pessoa, trabalhando de forma sutil o conceito da autorresponsabilidade e autoeficácia – bem como demonstrando preocupação e interesse pela pessoa.

7 - Nesse momento, o médico usa o termo "indicação", em vez de "necessidade" e é sucedido por explicação (que deve ser sempre baseada em evidências). Com isso, a conduta soa muito menos arbitrária, visto que se compartilha além do conhecimento (técnico-científico), divide-se a construção do plano de cuidado.

e sem história de câncer de próstata na família. Esses riscos estão relacionados com procedimentos desnecessários, como a biópsia, por exemplo, igual ao que aconteceu com o seu amigo, lembra? O Antônio, filho da dona Marcela.

— Como assim?

— Maurício, muitas vezes, por causa do exame de sangue ou do toque alterado acabamos fazendo a biópsia, e esse procedimento pode ter complicações, como a incontinência urinária – isso de perder o xixi sem querer.

Quando vamos estudar sobre isso tudo, os pesquisadores perceberam que quanto mais exames pedimos, mais biópsias são feitas e mais complicações aparecem! Mas não necessariamente mais pessoas serão "curadas" do câncer de próstata. – Marco Aurélio novamente confere se Maurício está atento – Sei que falei bastante… o senhor conseguiu me entender?

— Acho que sim, doutor. Muito complicado tudo isso, nem imaginava que os exames poderiam "fazer mal".

— Então, seu Maurício, eu não recomendo o exame para o senhor, pelos motivos que já falei, mas é importante o senhor saber que, se ainda sentir necessidade e estiver ciente dos riscos **[8]**, posso solicitar.

— Eu nem queria fazer mesmo, doutor, mas a família e os amigos insistem para que a gente faça todos os exames.

— Na verdade, tem uns exames que eu gostaria de solicitar, porque são melhor indicados, especialmente a parte de colesterol e da pressão.

— O exame de sangue eu faço, doutor, já me preparei para isso. Mas como é esse da pressão?

— Será que o senhor consegue vir ao posto de saúde todos os dias, por uma semana?

— Consigo, na próxima semana, vou tirar as merecidas férias de duas semanas.

8 - Aqui temos a exemplificação de outro diferencial do MCCP, após compartilhar o conhecimento "técnico-científico", é importante lembrar que a construção do plano de manejo também deve respeitar as expectativas e necessidades da pessoa.

— Ótimo! O senhor precisa vir ao posto de saúde para que a equipe de enfermagem verifique sua pressão. É importante o senhor fazer repouso de pelo menos 15 minutos, se vier a pé ou de bicicleta, não estar com a bexiga cheia, não ter tomado café… eu escrevo tudo certinho junto com o pedido. Como lhe falei, estou pedindo somente os exames que consideramos **[9]** necessários para o seu caso e estou dando a carteirinha de controle da pressão, para o senhor fazer como a gente combinou. Gostaria de ver o senhor com isso pronto entre 10 a 15 dias. Ficou alguma dúvida?

— Nada, doutor. Vou conseguir fazer tudo como combinamos e já vou marcar um retorno.

— Certo, Maurício! Aguardo seu retorno com os exames e, se antes disso o senhor precisar, estou aqui no posto todos os dias. Aproveite as férias!

— Obrigado, doutor Marco. Um bom dia para o senhor e um ótimo trabalho!

9 - Foi utilizado pela médica o termo "consideramos", em vez de "considero", salientando a decisão compartilhada com a pessoa, e a trazendo para o protagonismo de seu próprio cuidado.

SAÚDE COM UM TOQUE DE CUIDADO

As razões pelas quais as pessoas procuram seus médicos em certo momento são com frequência mais importantes que o diagnóstico[1]. Esta frase exemplifica muito bem o propósito da consulta de Maurício: o medo de sofrer do mesmo problema que seu colega de trabalho. Tal propósito só foi identificado após questionamento ativo do que mais o "incomodava".

O processo de compreender a experiência da doença atravessa a abordagem dos sentimentos, ideias, funcionamento de vida e expectativas da pessoa assistida. Aqui, o sentimento era de medo, devido uma experiência pessoal (ainda que alheia) de grande sofrimento, perda da capacidade, e prejuízo funcional importante. A expectativa da pessoa era evitar o sofrimento através da realização do exame de próstata, mas o medo só foi "tratado", e assim o paciente, cuidado, através do diálogo e explicação, fornecido pelo médico.

Pode-se ter uma boa noção de como funciona a pessoa, e de como ela vê o mundo, através da fala livre. Observa-se que Maurício se vê saudável enquanto forte e produtivo, algo também relacionado com sua profissão de marceneiro. Logo, o desfecho sofrido por seu colega lhe assusta. Este é o mundo da vida, a visão de mundo da pessoa, na qual o adoecimento impacta muito mais pela maneira que afeta a realização das suas metas pessoais.

> "A voz do mundo da vida, por sua vez, reflete uma visão de senso comum do mundo. Tem por centro o contexto social específico da pessoa, o significado de saúde e experiência da doença e de como podem afetar a realização de suas metas pessoais de saúde[1]. (p. 81)

Sob o ponto de vista de Arnold, Elliot e Mishler, médicos devem dar prioridade aos contextos de significado do mundo da vida da pessoa como base para o entendimento, diagnóstico e tratamento de seus problemas[2].

Lembre-se de que na consulta médica, encontramos uma união de especialistas: o médico é especialista em medicina, compreendendo os processos fisiológicos, patológicos, tratamentos e procedimentos, enquanto o paciente é especialista em si mesmo - com suas próprias concepções de saúde, doença e realidade[3]. Ao explorarmos a individualidade da pessoa e seus contextos, incentivando sua participação ativa na avaliação, estamos mais próximos de desenvolver um plano de manejo em conjunto, que resultará de um consenso entre as necessidades e valores do paciente e uma base científica atualizada[1].

Portanto, é um equívoco acreditar que a construção de um plano de cuidados ocorre apenas no final da avaliação e se baseia exclusivamente na "tarefa biomédica de diagnosticar"[1]. Essa abordagem é exemplificada pela prática paternalista do médico que adota o modelo clínico tradicional, como ilustrado pela figura do Dr. João Paulo, que é visto como o único responsável pelas decisões, privando o paciente de participação ativa e explicações adequadas.

Pesquisas demonstram que medidas diretas de empoderamento do paciente, como informá-lo sobre sua condição médica e opções de tratamento usando uma linguagem compreensível, permitem que o mesmo se sinta no controle de sua própria saúde, e estão positivamente associadas à satisfação com a comunicação médica[4].

O Método Clínico Centrado na Pessoa, em especial seu terceiro componente — elaborando um plano Conjunto de Manejo dos problemas — é especialmente relevante ao discutir práticas de prevenção quaternária, especialmente no rastreamento do câncer de próstata, como no caso trazido por Maurício.

Prevenção quaternária, proposta por Marc Jamoulle, refere-se à prevenção de intervenções médicas desnecessárias ou potencialmente danosas, visando proteger o paciente de excessos médicos. Este conceito se alinha de maneira significativa com o terceiro componente do MCCP, pois a elaboração conjunta de um plano de manejo implica em um diálogo aberto e bidirecional entre o paciente e o profissional de saúde. Neste diálogo, são consideradas não apenas as evidências clínicas, mas também as preferências, os valores e o contexto social do paciente.

Ao integrar o paciente ativamente no processo de tomada de decisão, o médico pode identificar e evitar procedimentos que sejam invasivos ou desnecessários, que não agreguem valor ao bem-estar do paciente ou que possam causar danos. Esta abordagem não só respeita a autonomia, mas também promove um cuidado mais cauteloso e personalizado, evitando a medicalização excessiva e focando nas reais necessidades em saúde da pessoa.

Portanto, a conexão entre o MCCP e a prevenção quaternária é um elo crucial para a prática médica responsável e centrada na pessoa, refletindo um compromisso com a saúde e a integridade da pessoa tratada.

A prevenção quaternária se alinha ao MCCP, pois é uma abordagem que não apenas busca reduzir os riscos de intervenções médicas desnecessárias, mas também promove um paradigma de cuidado que é verdadeiramente centrado no paciente, respeitando seus valores, necessidades e expectativas de vida. Esta abordagem não só melhora os resultados clínicos, mas também a qualidade de vida dos pacientes, marcando um passo significativo em direção a uma prática médica mais consciente e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.

2. Arnold RM. Elliot G. Mishler. The discourse of medicine: The dialectics of medical interviews. Norwood, N.J.: Ablex, 1984. Pp. xii + 211. Language in Society. 1989;18(1):116–21.

3. Tuckett D. Meetings Between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. Michigan: Tavistock; 1985. 290 p.

4. Rohrer JE, Wilshusen L, Adamson SC, Merry S. Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients? J Evaluation Clin Pract [Internet]. Ago 2008;14(4):548-51.

Partimos do pressuposto de que a forma como vemos e concebemos o processo saúde-doença determina uma ação em saúde específica e dirigida[1]. Ou seja, toda ação em saúde está relacionada com uma concepção saúde-doença.

Quando tratamos de modelos conceituais em saúde, subentende-se que existem distintos conceitos que determinam diversas perspectivas sobre o que constitui a saúde e como promovê-la, bem como tratar as doenças. Essas diferentes perspectivas propiciam abordagens e práticas distintas, que podem ser mais ou menos eficazes.

Uma das formas de compreender o processo saúde doença é através do chamado modelo biomédico.

O modelo biomédico, através do deslocamento da subjetividade para a objetividade, do respeito aos valores para o estabelecimento de regras e normas, fomenta um afastamento crescente entre médicos e pacientes, e destes em relação ao seu corpo. Diminui, assim, a capacidade de ação dos pacientes enquanto sujeitos no processo saúde-doença. Desse modo, o modelo biomédico tem levado ao distanciamento e à objetivação das pessoas, bem como à deterioração da relação médico-paciente com interferência no papel terapêutico da Medicina[2,3].

Nesse modelo, a doença é vista como um fenômeno apenas biológico, e reduz-se o pessoal ou "psicossocial" para mecanismos apenas celulares ou moleculares. A centralidade da prática se dá através da solicitação de exames e prescrição de medicamentos, e a experiência pessoal e subjetiva é desconsiderada.

Todavia, os aspectos biológicos são apenas um dos elementos que influenciam a saúde, e não devem ser compreendidos de forma isolada. Ao analisarmos a saúde de uma população, é essencial considerar também a **dimensão social,** que desempenha um papel crucial na promoção da equidade/iniquidade em saúde.

Nesse sentido, algumas teorias explicativas, como os Determinantes Sociais da Saúde, a Determinação Social do Processo Saúde-Doença e a Teoria Psicossocial, resgatam e explicitam a dimensão social, muitas vezes negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem biológica e individual[4].

Não se trata de negar os aspectos biológicos na determinação das condições de saúde, mas de precisar o seu peso em face aos determinantes econômicos e sociais[5].

O biológico é um aspecto importante no processo de adoecimento. Trata-se sim de uma condição necessária, porém não suficiente para compreender a complexidade do binômio saúde-doença[4,6]. Por exemplo, isoladamente o aspecto biológico não explica a distribuição desigual das mortalidades materna e infantil, as mortes por causas externas, o elevado número de gestações na adolescência, entre outras situações, nas diferentes classes sociais.

Portanto se entendemos a saúde e a doença como determinadas socialmente, a compreensão recai na necessidade de conhecermos a sociedade em que vivemos para podermos abordar as relações sociais, econômicas e culturais que interferem na ocorrência objetiva do biológico.

Assim, o conceito de determinação social do processo saúde-doença refere-se à compreensão de que as condições de vida e trabalho, as desigualdades sociais, o acesso aos serviços de saúde e outros fatores sociais exercem influência direta sobre a saúde das pessoas e a ocorrência de doenças. Dessa forma, o conceito reconhece que a saúde é resultante de uma complexa interação entre fatores biológicos, comportamentais e sociais, e que as desigualdades sociais podem levar à disparidades na saúde da população.

É importante pontuar que existem formas diferentes de conceber a dimensão social do processo saúde-doença.

Uma definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que os **Determinantes Sociais de Saúde** (DSS) são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças. Essas circunstâncias estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas. Neste sentido, as condições de vida (crescimento, aprendizado, reprodução, trabalho e envelhecimento) estão determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social, e isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências[4].

Ou seja, os DSS incluem as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. A OMS adota uma definição mais sucinta sobre os DSS, os quais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham[7].

Dahlgren e Whitehead[8] desenvolveram um modelo explicativo difundido mundialmente e adotado pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, que inclui os Determinantes Sociais da Saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima, dos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macro determinantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza ambiental, cultural, social e econômica[9].

De acordo com esse modelo, divide-se os determinantes em estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais - ou macro determinantes, são os mecanismos que geram e reforçam hierarquias sociais que definem o poder, prestígio e acesso aos recursos por meio da educação, do trabalho e da renda. Já os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em fatores comportamentais biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia etc.), fatores psicossociais, o sistema de saúde e a coesão social. Outros determinantes intermediários incluídos nesse modelo são os estilos de vida e comportamentos, que se expressam, por exemplo, nos padrões de consumo de tabaco,

álcool e na falta de atividade física. Vale ressaltar que os fatores de risco operam de forma diferencial de acordo com a posição socioeconômica do indivíduo[10].

Muitas pessoas concordam que o estilo de vida é a principal causa das desigualdades em saúde, mesmo quando admitem que o contexto, ou as condições de vida, tem um impacto no estado de saúde. Esta perspectiva liberal de entender o processo de saúde-doença acaba por ignorar o conteúdo social do processo, atribuindo as diferenças observadas aos desejos individuais. As diferenças em relação à moradia, tipo de trabalho, renda, etc. – as condições de vida – são justificadas por uma enganosa "meritocracia", em que pessoas saem de lugares muito diferentes, para pretensamente chegarem no mesmo lugar. Além disso, consideram que as pessoas na sociedade moderna têm a liberdade de escolher seus comportamentos e circunstâncias que representam maior ou menor risco para sua saúde. Entretanto, os estudos epidemiológicos têm demonstrado que os fatores de risco comportamentais representam apenas 25% da ocorrência dos problemas crônicos de saúde. Portanto, mesmo que o estilo de vida seja importante individualmente, dificilmente seria capaz de explicar as desigualdades em saúde[3].

Para Borde e colaboradores[10], o paradigma dominante tem negado a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens biologistas, culturalistas e, principalmente, aquelas que têm explicado as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis.

Em que pese os indivíduos façam escolhas que possam implicar comportamentos sadios ou prejudiciais à sua saúde, estas escolhas estão situadas em contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos. Portanto, o estilo de vida ou os comportamentos individuais são apenas as consequências mais imediatas do processo de determinação do adoecimento.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito[7].

Alguns autores apontam que as desigualdades sociais mais importantes são as diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho[3,11,12].

Já outros autores focalizam a importância de subsidiar as políticas públicas realizando avaliações das condições sociais que determinam a saúde de grupos populacionais, tomando os "determinantes sociais de saúde" como equivalentes ao processo de determinação social da saúde. Entretanto, existem correntes que reforçam a ideia de **Determinação Social** (e não determinantes), considerando que o fator político e o modo de produção da sociedade são preponderantes para determinar o adoecimento dos indivíduos e comunidade.

As principais diferenças articulam-se em torno da diferenciação aparentemente sutil entre "Determinantes Sociais da Saúde" (DSS), como proposto pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e "Determinação Social do Processo Saúde-Doença" (DS), defendido principalmente pelo movimento da Medicina-Social e Saúde Coletiva da América Latina[10].

A abordagem dos DSS desconsidera a complexidade, multidimensionalidade e natureza social do processo saúde-doença, que vão muito além do reconhecimento da influência de fatores sociais sobre a saúde das populações[9]. Ao contrário, a DS implica reconhecer as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença[10].

Um primeiro indicativo da determinação social em documentos oficiais, que denotam a construção do nosso sistema de saúde, vem da da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986[13], em que define saúde como:

> 1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
>
> 2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas[13] (p.04).

Na visão da Determinação Social (DS), parte-se do reconhecimento de que, sob o capital, as relações sociais de produção e reprodução da vida são permeadas e expressam as contradições inerentes aos projetos de classe em disputa, e que estas contradições, por sua vez, expressam-se em desiguais formas de viver, adoecer e morrer[14].

As condições materiais de produção e as características sociais de uma sociedade são a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Esta visão do modelo da determinação social da saúde é inspirada, de certa forma, no marxismo, que utiliza como questão central para análise das sociedades o entendimento de como se organiza a economia[12,2].

De acordo com este modelo, o montante de riqueza dos países, grupos sociais ou indivíduos é o principal determinante do estado de saúde, portanto a falta ou insuficiência dos recursos materiais para enfrentar de modo adequado os estressores ao longo da vida, acaba por produzir a doença e diminuir a saúde[3].

O nível de riqueza determina a possibilidade de consumo ou a privação de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde e também o acesso e a utilização de serviços de saúde. Desse modo, o nível de riqueza influencia, diretamente, a situação de saúde. Entretanto, parte considerável da população mundial está sujeita a um nível de pobreza que impede o atendimento às necessidades elementares.

Por exemplo, a esperança de vida na Suécia, país que têm um PIB *per capita* de 42.000 dólares, é de 80 anos, enquanto em Angola, cujo PIB *per capita* é de 2.800 dólares, a esperança de vida ao nascer é de 40 anos[3]. Ainda que seja um indicador, o PIB *per capita* demonstra a média de riqueza, mas não a sua distribuição. O PIB associado ao índice de Gini (que mede a concentração da renda, ou seja, as desigualdades de distribuição) poderia ajudar na análise desses dados sobre o impacto da riqueza de um país na expectativa de vida de sua população.

A **Teoria Psicossocial** é outro modelo criado para lidar com o paradoxo entre riqueza e nível de saúde. Ela fortalece a ideia da percepção da desvantagem social como fonte de estresse e desencadeador de doenças. Nos países cujo modelo político é o Estado de bem-estar social (*welfare state*), em que as necessidades básicas estão atendidas, as diferenças relativas à posse de bens e nas posições de prestígio e poder passam a ser mais relevantes para a produção e distribuição das doenças do que simplesmente o nível de riqueza material[11].

Nesse modelo, a posição de classe e a reprodução social são consideradas os determinantes mais importantes dos perfis de saúde e doença. Nessa abordagem o problema deixa de ser tratado como uma questão de pobreza absoluta ou relativa e passa a ser visto da perspectiva da inclusão ou exclusão social[3].

A dimensão social da saúde não está circunscrita aos aspectos decorrentes da exposição aos riscos de dano fisiológico, que são característicos da pobreza. O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde. De fato, esse campo da dimensão social da saúde é cada vez mais relevante, estando na base da série causal dos principais problemas de saúde[1].

Reconhece, desta forma, um “sujeito histórico”, construído nas relações sociais e processos de dominação, exploração e marginalização em função da consolidação de privilégios (materiais, políticos e simbólicos)[10].

Estudos realizados na Inglaterra têm demonstrado que a posição dos indivíduos na organização social é determinante da situação de saúde independentemente do acesso a serviços de saúde e de hábitos individuais saudáveis[9].

A relação entre condição socioeconômica e saúde tem sido amplamente investigada por diversos autores. Um estudo conduzido por Pincus e colaboradores[15], demonstrou que mesmo em situações de acesso universal aos cuidados de saúde, o tipo de emprego mostrou-se mais preditivo para morte cardiovascular do que a combinação dos fatores de risco padrão, como nível de colesterol, pressão arterial e tabagismo.

O estudo Whitehall II realizado entre os trabalhadores administrativos do governo britânico mostrou aumento do risco de ausências prolongadas no trabalho por motivo de doença conforme se descende na escala da hierarquia burocrática. Os funcionários com

menor autonomia e submetidos a controle mais rígido por supervisores têm risco três vezes maior de se ausentar do trabalho por períodos longos em decorrência de problemas de saúde. A mesma relação foi observada entre trabalhadores franceses[16].

Percebe-se que nos exemplos apresentados, os problemas de saúde não estão diretamente relacionados com exposições a agentes nocivos no ambiente de trabalho, mas sim com a posição social do indivíduo. No último caso, a ocupação foi tomada como um marcador da posição social dos indivíduos.

Outro exemplo é um estudo conduzido pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, cujo objetivo foi identificar fatores de risco para baixo peso ao nascer. O estudo concluiu que a incidência de baixo peso foi 1,8 vezes maior em filhos de mães fumantes e 2,4 vezes maior em filhos de mães pobres. A incidência também variou de acordo com a classe social da mãe. Na burguesia, a incidência de baixo peso foi de 3,1 casos por 100 nascidos vivos; entre o proletariado, 10,7 e no subproletariado, 13,9, mostrando um gradiente de agravamento do problema conforme piora a situação de classe. Portanto, o risco para os filhos de mães fumantes que pertencem à burguesia é menor do que o risco para os filhos das mães não fumantes que pertencem ao proletariado ou ao subproletariado. Pode-se refletir então que ambos os fatores são considerados determinantes para o baixo peso ao nascer, entretanto, se observarmos a combinação de ambas as variáveis, veremos que a determinação exercida pela classe social subordina a atuação do hábito de fumar como fator de risco[17].

Autores sugerem que no Brasil, dimensão social do processo saúde-doença dá maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção e consumo, as quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Ao mesmo tempo que busca articular as diferentes esferas da organização social, o conceito de modo de vida reúne em um mesmo marco teórico as condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem esses grupos[3].

Fica claro que diferentes condições sociais de vida resultam, em geral, em diferentes condições de saúde, ou, por contraponto, de adoecimento. Assim, saúde e doença são produtos das condições concretas de trabalho e de reprodução da vida em cada classe social. Ou seja, a saúde é fortemente afetada pela posição social dos indivíduos.

Pensando o processo saúde-doença como a resultante de um processo complexo de determinações e mediações entre as diferentes dimensões da realidade é possível compreender as diversas dimensões possíveis na abordagem do problema. A abordagem proposta por Navarro[11], por exemplo, refere-se a um nível mais distal de determinação, ou seja, uma dimensão abrangente, a partir da qual outros planos de mediação irão intervir - o modo de produção econômico (determinação social).

O plano seguinte, entre o sistema político e o perfil de saúde-doença, é a organização socioeconômica existente em uma dada formação social. Esta dimensão

estará subordinada à determinação política e funcionará como mediadora para outras dimensões mais particulares tais como a etnia ou as relações de gênero. Estas, por sua vez, sofrerão a determinação das dimensões anteriores e funcionarão como mediadoras para processos microssociais, tais como as relações familiares. A dimensão mais proximal será dada pelas características fenotípicas dos indivíduos resultantes das interações entre características genotípicas e ambiente no qual o indivíduo vive.

Partindo dessa lógica, há pelo menos três níveis distintos de ação para a redução das desigualdades, dependendo do contexto político e social. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde pode incluir políticas macrossociais, tais como políticas econômicas e sociais que modifiquem a estratificação social; políticas que modifiquem as condições de exposição e vulnerabilidade dos grupos sociais; ou políticas de saúde que atuem sobre as consequências negativas das desigualdades, buscando minimizar o impacto de seus efeitos[3,11].

Portanto, uma resposta médica isolada terá pouco potencial de resolução do problema, principalmente se combinadas com intervenções que enfatizem o estilo de vida, concebido como fruto de escolhas individuais, desconsiderando a possibilidade de acesso a tais estilos de vida saudáveis. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar positivamente os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou reduzir os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.

Todavia reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que as produzem e identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais é uma condição essencial para que seja possível buscar estratégias de enfrentamento, sejam elas no âmbito coletivo – das políticas públicas, ou no âmbito individual e comunitário[11].

No âmbito individual e comunitário, o da Clínica Ampliada, também existem estratégias a serem realizadas, como por exemplo, fomentar a autonomia, a solidariedade, o engajamento comunitário, a participação social e a luta por melhorias que podem ser construídas coletivamente na própria comunidade, como atividades de lazer e promoção da atividade física, oficinas de trabalhos manuais ou artesanais, construção de hortas comunitárias, oficinas de geração de renda, cursos profissionalizantes, etc. Mas é importante lembrar que não existem receitas prontas. A construção destas atividades deve ser fomentada, a partir da realidade de cada comunidade, para e com ela, respeitando suas necessidades, potencialidades e desejos.

Pensando a Clínica de uma forma ampliada, no sentido da integralidade, a singularidade dos sujeitos deve sempre ser levada em consideração em todas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Entretanto essa singularidade está inserida num contexto histórico, político, econômico e social. O modo de produção pode influenciar significativamente o adoecimento das pessoas através de suas políticas econômicas,

condições de trabalho e prioridades sociais, e esses fatores devem ser considerados ao adotar uma abordagem centrada na pessoa na prática clínica, a fim de compreender plenamente o contexto social e econômico em que as pessoas vivem, trabalham, sobrevivem.

Nesse sentido, deve-se adotar uma perspectiva diferente de modelo de atenção, que se amplia para além da doença, dos modos de transmissão e fatores de risco, passando a incluir as necessidades e os determinantes sociais. Os sujeitos da atenção já não podem ser apenas os médicos, mas sim as equipes de saúde, a própria população e trabalhadores de outros setores, como a educação, transporte, planejamento, etc. Nesta lógica, as formas de organização do trabalho em saúde deveriam ser reorientadas para além da oferta de serviços de saúde, buscando o desenvolvimento de ações sobre os principais problemas e necessidades sociais de saúde, através de ações intersetoriais e de políticas públicas inclusivas. Ou seja, as ações de saúde devem visar especialmente melhorar as condições de vida das pessoas, além de proteger, recuperar e reabilitar a saúde[1], considerando ainda a equidade, como forma de diminuir as desigualdades sociais, no sentido da solidariedade e da justiça social.

A discussão sobre determinação social e determinantes sociais é bastante rica e o objetivo aqui não é de dicotomizar, mas de refletir, que os "inimigos" são outros. Aos "impacientes" que buscam a transformação pela via direta da determinação social, sejam "pacientemente impacientes", pois a transformação social (modos de produção/determinação social) só é possível a partir de experiências solidárias coletivas (políticas sociais/determinantes sociais)[18].

Ao longo dos últimos anos, é notório o fato de que o Método Clínico Centrado na Pessoa tem colocado a pessoa no centro do cuidado em saúde.

Segundo Lopes e Ribeiro[19], a principal tarefa da medicina no século XXI é a descoberta da pessoa. Ela terá que encontrar as origens da doença e do sofrimento e, com esse conhecimento, desenvolver métodos para aliviar a dor, diminuir danos e reduzir o sofrimento.

Concordamos com os autores, mas ousamos ir além. Acreditamos que o atual desafio da medicina seja compreender a pessoa sob nossos cuidados dentro de um contexto político e social, superando o modelo biomédico. Ou seja, defendemos o fortalecimento da determinação social e dos determinantes sociais na compreensão do processo saúde-doença. Compreender esse aspecto permite ao profissional de saúde oferecer um cuidado mais adequado e efetivo, levando em conta as reais necessidades do sujeito, promovendo uma saúde mais integral e equânime.

O desafio que se impõe, portanto, é equilibrar a singularidade do indivíduo com o impacto dos fatores sociais em sua saúde.

O Método Clínico Centrado na Pessoa, deve portanto, incorporar como as condições de vida determinam as condições de saúde das pessoas. Isso requer que os profissionais

de saúde não só tratem os sintomas, mas também reconheçam e intervenham nas desigualdades estruturais que perpetuam condições de saúde adversas.

Incorporar a perspectiva da DS e dos DSS, implica em desenvolver práticas que visem transformar as estruturas sociais contribuintes para situações adversas à saúde. Isso envolve o empoderamento das comunidades para que tomem a frente em suas próprias questões de saúde e na luta mais ampla por justiça social. As práticas de saúde, neste sentido, tornam-se não apenas curativas, mas também emancipatórias, visando mudanças sociais que promovam uma saúde mais equânime.

Ao adotar esta abordagem ampliada, o Método Clínico Centrado na Pessoa não só trata o indivíduo, mas também se envolve ativamente na mudança das condições sociais e econômicas que "moldam" a saúde. Esta abordagem oferece uma base sólida para uma prática médica verdadeiramente transformadora, buscando não apenas a cura, mas também a equidade e a justiça social no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Maeyama MA, Cutolo LR. As concepções de saúde e suas ações consequentes. ACM Arq Catarin Med. 2010;39(1):89-96.

2. Verdi MI, Da Rós MA, Cutolo LR, Souza TT. Saúde e Sociedade. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 96 p.

3. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.

4. Tambellini AT, Schütz GE. Contribuição para o debate do CEBES sobre a "Determinação Social da Saúde": repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. Saúde em Debate. 2009;33(83):371-9.

5. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. Rev USP [Internet]. 30 nov 2001;(51):138.

6. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. Saúde em Debate. 2009;83(33):380-9.

7. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis [Internet]. Abr 2007 [citado 30 abr 2024];17(1):77-93.

8. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization; 2007. 105 p.

9. Nogueira RP. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. 200 p.

10. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MF. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. Saúde em Debate [Internet]. Set 2015;39(106):841-54.

11. Navarro V. What we mean by social determinants of health. Int J Health Serv [Internet]. Jul 2009;39(3):423-41.

12. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. Dez 2004;9(4):865-84.

13. BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

14. Rocha PR, David HM. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. Fev 2015;49(1):129-35.

15. Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J, Zito JM. Prescribing trends in psychotropic medications. JAMA [Internet]. 18 fev 1998;279(7):526.

16. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidemiology [Internet]. Ago 2001;30(4):668-77.

17. Silva AA, Gomes UA, Bettiol H, Dal Bo CM, Murillo G, Barbieri MA. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. Rev Saude Publica [Internet]. Jun 1992 [citado 30 abr 2024];26(3):150-4.

18. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

19. Lopes JM, Ribeiro JA. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. Rev Bras Medicina Fam Comunidade [Internet]. 31 mar 2015;10(34):1-13.

O campo da saúde não tem, ou não deveria ter como objeto único, a cura, a proteção ou a promoção da saúde, mas sim a produção do cuidado, expressa através da produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais pode se chegar a cura ou a um modo qualificado de se legitimar a vida.

A geração do cuidado implica uma ampliação da clínica, enriquecida por novos referenciais e pelo incremento de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos profissionais de lidar com as complexidades, as necessidades em saúde e as singularidades dos usuários.

A partir da consciência da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode depreender que muitas vezes a determinação do problema não está ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Desta forma, fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua "cura".

Para atuar na perspectiva do cuidado, é preciso conhecer aqueles a quem atendemos enquanto indivíduos, já que as pessoas apesar de terem doenças em comum, têm respostas únicas de experienciação frente às suas vivências. Tal fato, traduz uma ampliação do objeto de trabalho e demonstra uma abordagem holística, de modo a promover resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos associados a tecnologias leves.

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é um desses artifícios que potencializam a ampliação do cuidado em saúde. Ele busca personalizar o manejo, levando em conta a singularidade de cada pessoa. Isso implica em uma escuta atenta e empática por parte dos profissionais, a fim de compreender os valores, crenças e as expectativas individuais em relação à sua saúde. Ao reconhecer a singularidade do sujeito, o MCCP possibilita uma prática clínica mais humanizada e efetiva.

De fato, o MCCP foi desenvolvido para lidar com a complexidade. Ainda que use a lógica linear sempre que necessário, sua essência é o entendimento da pessoa como um todo, o conhecimento de sua experiência com a doença e uma abertura para elaboração de um plano de manejo conjunto, que muitas vezes é a chave do sucesso terapêutico.

É notório que mesmo quando há um diagnóstico patológico pontual claro, o profissional de saúde ainda precisa conhecer o paciente como ser pensante, com sua experiência de vida singular, para que a gestão do cuidado seja realmente eficaz.

Nesse sentido, o Método Clínico Centrado na Pessoa fornece um modelo integrado e sistemático para unir a pessoa, a saúde e a doença. Ou seja, com ele, a tarefa do profissional é dupla: entender a pessoa e entender a doença (ou conciliar as agendas do médico e do paciente). Esse fator, contrasta com o processo de diagnóstico a partir do modelo tradicional, uma vez que existe uma

sistematização bem testada para entender as doenças, mas não há um caminho equivalente para compreender as pessoas.

O modelo biomédico, através do deslocamento da subjetividade para a objetividade, do respeito aos valores para o estabelecimento de regras e normas, fomenta um afastamento crescente entre profissionais de saúde e pacientes, e destes em relação ao seu corpo. Diminui, assim, a capacidade de ação das pessoas enquanto sujeitos no processo saúde-doença. Desse modo, esta técnica tem levado ao distanciamento e à objetivação das pessoas sob cuidados, bem como à deterioração da relação profissional-pessoa, com interferência no papel terapêutico da profissão.

Foi possível perceber, especialmente a partir dos casos clínicos apresentados, que o MCCP, em muitos aspectos, se destaca da abordagem tradicional (ou biomédica), a qual, por diversos motivos, ainda domina a prática clínica, apesar de mostrar-se insuficiente para atender as reais necessidades da população nos seus contextos de vida.

O ensino clínico nas escolas de medicina ainda tende a enfatizar uma abordagem centrada no médico (ou centrada na doença). Aprende-se muito sobre doenças, mas não se aprende sobre pessoas no curso de Medicina.

É notório que a aplicação do MCCP traz diversos benefícios tanto para os profissionais de saúde quanto para as pessoas. Para os profissionais, permite uma maior compreensão do paciente, suas singularidades e seu contexto social, o que facilita o estabelecimento de um vínculo terapêutico mais sólido. Além disso, ao envolver a pessoa nas decisões sobre sua própria saúde, há uma maior adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos. Já para os “pacientes”, o método oferece uma participação mais ativa em seu cuidado, uma relação de confiança com o profissional e uma maior satisfação com os cuidados recebidos.

Todavia, para de fato implementar o cuidado centrado na pessoa, é necessário promover uma verdadeira reestruturação na formação em saúde. Isso implica em uma transformação na maneira como os profissionais são educados, enfatizando a importância da valorização do paciente como indivíduo único e colocando o vínculo no centro do cuidado. É essencial que os currículos integrem habilidades de comunicação, empatia e tomada de decisão compartilhada, para que os futuros médicos possam desenvolver uma abordagem centrada na pessoa desde o início do curso. A mudança de paradigma na formação em saúde é fundamental para garantir que os profissionais estejam preparados para atender às necessidades e expectativas das pessoas sob seus cuidados, promovendo uma assistência de saúde mais humanizada e centrada no paciente.

CAROLINA MACHADO - Médica graduada pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela AMB e em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Hospital Sírio Libanês. Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde - Hospital Sírio Libanês, tendo os estudos direcionados para educação médica e saúde coletiva. Especialista em Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Atua desde 2008 como médica da Estratégia Saúde da Família do município de Itajaí-SC. É professora do curso de Medicina da UNIVALI, nas disciplinas de Medicina de Família e Comunidade e Práticas Interdisciplinares, bem como preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina - SES/SC.

WELLINGTON SANCHEZ ABDOU - Médico graduado pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), com residência em Medicina de Família e Comunidade e mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Atua academicamente com estudos direcionados para Atenção Primária à Saúde e também para o cuidado da população LGBTQIAPN+. É professor universitário das disciplinas de Semiologia Médica, Práticas Interdisciplinares e Clínica Médica, tendo fundado em 2022 o Ambulatório Multiprofissional de Identidade de Gênero UNIVALI (AMIGU). Além disso, atua como médico na Perícia e APS da Unimed Litoral, bem como no Conselho de Saúde na cidade de Itajaí-SC.

Este livro foi idealizado como produto da disciplina de Atenção Primária à Saúde do terceiro período do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) em tempos de pandemia, momento em que os alunos estavam impedidos de realizar atividades nos cenários de prática das Unidades Básicas de Saúde. Sua intencionalidade, além de apresentar e discutir o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), foi proporcionar uma aproximação com a clínica através do estudo de casos reais.

Estes relatos foram construídos pelos organizadores (na época preceptora e residente de Medicina de Família e Comunidade), baseado em histórias reais vivenciadas por ambos na unidade de saúde. As descrições dos casos foram construídas a partir do MCCP e os acadêmicos tinham como tarefa fazer uma versão dos casos baseado no modelo tradicional (biomédico), identificar as diferenças entre os métodos, bem como elaborar uma reflexão guiada. Todos os casos passaram pela revisão e complementação de alunos do ciclo clínico que fazem parte da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFaCo) da mesma instituição, ou por residente ou egressa do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).

Buscando transcender os limites do modelo biomédico, ao final do livro, é apresentado um capítulo relacionando o MCCP com a determinação social do processo saúde doença, com intuito de tensionar para uma possível ampliação das ideias e conceitos atuais do método.

Ano 2024

Este livro foi idealizado como produto da disciplina de Atenção Primária à Saúde do terceiro período do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) em tempos de pandemia, momento em que os alunos estavam impedidos de realizar atividades nos cenários de prática das Unidades Básicas de Saúde. Sua intencionalidade, além de apresentar e discutir o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), foi proporcionar uma aproximação com a clínica através do estudo de casos reais.

Estes relatos foram construídos pelos organizadores (na época preceptora e residente de Medicina de Família e Comunidade), baseado em histórias reais vivenciadas por ambos na unidade de saúde. As descrições dos casos foram construídas a partir do MCCP e os acadêmicos tinham como tarefa fazer uma versão dos casos baseado no modelo tradicional (biomédico), identificar as diferenças entre os métodos, bem como elaborar uma reflexão guiada. Todos os casos passaram pela revisão e complementação de alunos do ciclo clínico que fazem parte da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFaCo) da mesma instituição, ou por residente ou egressa do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).

Buscando transcender os limites do modelo biomédico, ao final do livro, é apresentado um capítulo relacionando o MCCP com a determinação social do processo saúde doença, com intuito de tensionar para uma possível ampliação das ideias e conceitos atuais do método.

Ano 2024